

Narrativas de médicos colombianos en contexto de guerra : principio y acciones que orientan la toma de decisión en situaciones dilemáticas	Título
Urrego Mendoza, Diana Zulima - Autor/a;	Autor(es)
Manizales	Lugar
Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud alianza de la Universidad de Manizales y el CINDE	Editorial/Editor
2013	Fecha
	Colección
Conflicto social; Problemas sociales; Ética; Medicina; Narrativa; Toma de decisiones; Práctica médica; América Latina; Colombia;	Temas
Tesis	Tipo de documento
"http://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/alianza-cinde-umz/20140620111323/DianaZulimaUrrego.pdf"	URL
Reconocimiento-No Comercial-Sin Derivadas CC BY-NC-ND http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/deed.es	Licencia

Segui buscando en la Red de Bibliotecas Virtuales de CLACSO
<http://biblioteca.clacso.edu.ar>

Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO)
Conselho Latino-americano de Ciências Sociais (CLACSO)
Latin American Council of Social Sciences (CLACSO)
www.clacso.edu.ar



Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales
Conselho Latino-americano de Ciências Sociais
Latin American Council of Social Sciences



**NARRATIVAS DE MÉDICOS COLOMBIANOS EN CONTEXTO DE
GUERRA**

**Principios y acciones que orientan la toma de decisión en situaciones
dilemáticas**

DIANA ZULIMA URREGO MENDOZA

**DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES. NIÑEZ Y JUVENTUD
CENTRO DE ESTUDIOS AVANZADOS EN NIÑEZ Y JUVENTUD
UNIVERSIDAD DE MANIZALES – CINDE**

ENTIDADES COOPERANTES:

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES, UNIVERSIDAD DE
CALDAS, UNICEF, UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA, UNIVERSIDAD
PEDAGÓGICA NACIONAL, UNIVERSIDAD CENTRAL, UNIVERSIDAD
NACIONAL DE COLOMBIA, UNIVERSIDAD DISTRITAL, PONTIFICIA
UNIVERSIDAD JAVERIANA**

MANIZALES

2013

**NARRATIVAS DE MÉDICOS COLOMBIANOS EN CONTEXTO DE
GUERRA: Principios y acciones que orientan la toma de decisión en situaciones
dilemáticas**

DIANA ZULIMA URREGO MENDOZA

Tutora

MARIETA QUINTERO MEJÍA

Doctora en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud

Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de

Doctora en Ciencias Sociales. Niñez y Juventud

**DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES. NIÑEZ Y JUVENTUD
CENTRO DE ESTUDIOS AVANZADOS EN NIÑEZ Y JUVENTUD
UNIVERSIDAD DE MANIZALES – CINDE**

ENTIDADES COOPERANTES:

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES, UNIVERSIDAD DE
CALDAS, UNICEF, UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA, UNIVERSIDAD
PEDAGÓGICA NACIONAL, UNIVERSIDAD CENTRAL, UNIVERSIDAD
NACIONAL DE COLOMBIA, UNIVERSIDAD DISTRITAL, PONTIFICIA
UNIVERSIDAD JAVERIANA**

MANIZALES

2013

Nota de aceptación

Presidente

Jurado

Jurado

Manizales, mayo de 2013

A Sofía,

Y a los profesionales de la salud en Colombia que asumen cotidianamente una
lucha solitaria para enfrentar los males de la guerra.

A aquellos que apoyaron con su presencia el progreso de esta aventura desde
Bogotá, Manizales, Neiva, Medellín, Paris, Barcelona, Nueva York, Sao Paulo y Buenos
Aires.
Especialmente a Marieta.

“Es que no es fácil seguir, me voy hundiendo en recuerdos y a la vez queriendo huirles, exorcizarlos escribiéndolos (pero entonces hay que asumirlos y esa es la cosa). Pretender contar desde la niebla, desde cosas deshilachadas por el tiempo... Solo ahora sé de veras lo que pasa, y es que no supe gran cosa de lo que había pasado, quiero decir las razones profundas... Absurdo que ahora quiera contar algo que no fui capaz de conocer bien mientras estaba sucediendo, como en una parodia de Proust pretendo entrar en el recuerdo como no entré en la vida para al fin vivirla de veras”.

Diario para un cuento

Julio Cortázar

CONTENIDO

RESUMEN.....	12
INTRODUCCIÓN	13
1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	19
1.1 Planteamiento del problema y justificación	19
2. ANTECEDENTES	25
2.2 Historia de los médicos en la guerra moderna	26
2.2 Experiencias del médico en la guerra	28
2.3 El terrorismo y guerras de intervención.....	41
2.4 Casos de dictaduras en Latinoamérica	46
2.5 Médicos y guerra en Colombia.....	53
3. MARCO TEÓRICO.....	65
3.1 Principios morales.....	66
3.2 Obligación moral en el campo de la medicina.....	70
3.3 Dilemas morales y toma de decisión	71
3.3.1 Toma de decisión perspectivas éticas	74
3.3.2 Toma de decisiones desde el enfoque clínico	82
3.3.3 Toma de decisión desde la normativa en tiempos de guerra.....	88
3.4 Ejercicio de la medicina en tiempo de guerra	96
4. METODOLOGÍA	101
4.1 Enfoque cualitativo	101
4.2 Diseño de investigación	104
4.3 Población.....	110
4.4 Categorías de análisis.....	113
4.5 Estrategias de recolección de información.....	114
4.6 Procesamiento de interpretación de las narrativas	115
4.7 Aspectos Éticos	133
5. RESULTADOS.....	135
5.1 Situaciones dilemáticas del médico en su contexto y principios morales en el proceso de toma de decisión.....	142

Tabla 1. Situaciones dilemáticas identificadas según categorías emergentes.....	143
5.1.1 Situación dilemática 1. El valor de la vida: actuar como médico o el cuidado de sí mismo.....	144
Tabla 2. Situación dilemática 1: Casos identificados.....	145
Tabla 3. Rumbos de acción posibles y principios que emergen para la toma de decisión	147
Tabla 4. Fuerzas narrativas relacionadas con los principios que guían la toma de decisión	148
Tabla 5. Rumbos de acción posibles y principios que emergen para la toma de decisión	150
Tabla 6. Fuerzas narrativas relacionadas con los principios que guían la toma de decisión	152
Tabla 7. Rumbos de acción posibles y principios que emergen para la toma.....	154
Tabla 8. Fuerzas narrativas relacionadas con los principios que guían la toma de decisión	156
Tabla 9. Rumbos de acción posibles y principios que emergen para la toma de decisión	158
Tabla 10. Fuerzas narrativas relacionadas con los principios que guían la toma de decisión	159
Tabla 11. Rumbos de acción posibles y principios que emergen para la toma de decisión	161
Tabla 12. Fuerzas narrativas relacionadas con los principios que guían la toma de decisión	163
5.1.2 Situación dilemática 2. Marcando territorios médicos: ¿Rebeldía o sometimiento?	163
Tabla 13. Situación dilemática 2: Casos identificados.....	164
Tabla 14. Rumbos de acción posibles y principios que emergen para la toma de decisión	166
Tabla 15. Fuerzas narrativas relacionadas con los principios que guían la toma de decisión	167
Tabla 16. Rumbos de acción posibles y principios que emergen para la toma de decisión	170
Tabla 17. Fuerzas narrativas relacionadas con los principios que guían la toma de decisión	172

Tabla 18. Rumbos de acción posibles y principios que emergen para la toma de decisión	175
Tabla 19. Fuerzas narrativas relacionadas con los principios que guían la toma de decisión	177
Tabla 20. Rumbos de acción posibles y principios que emergen para la toma de decisión	180
Tabla 21. Fuerzas narrativas relacionadas con los principios que guían la toma de decisión	182
Tabla 22. Rumbos de acción posibles y principios que emergen para la toma de decisión	184
Tabla 23. Fuerzas narrativas relacionadas con los principios que guían la toma de decisión	186
5.1.3 Situación dilemática 3. Ser médico: el protocolo o el cuidado del otro.....	187
Tabla 24. Situación dilemática 3: Casos identificados.....	188
Tabla 25. Rumbos de acción posibles y principios que emergen para la toma de decisión	190
Tabla 26. Fuerzas narrativas relacionadas con los principios que guían la toma de decisión	192
Tabla 27. Rumbos de acción posibles y principios que emergen para la toma de decisión	195
Tabla 28. Fuerzas narrativas relacionadas con los principios que guían la toma de decisión	197
Tabla 29. Rumbos de acción posibles y principios que emergen para la toma de decisión	200
Tabla 30. Fuerzas narrativas relacionadas con los principios que guían la toma de decisión	202
Tabla 31. Rumbos de acción posibles y principios que emergen para la toma de decisión	204
Tabla 32. Fuerzas narrativas relacionadas con los principios que guían la toma de decisión	206
Tabla 33. Rumbos de acción posibles y principios que emergen para la toma de decisión	208
Tabla 34. Fuerzas narrativas relacionadas con los principios que guían la toma de decisión	210

5.1.4 Situación dilemática más allá de la medicina: el consultorio o el cuidado colectivo.	211
Tabla 35. Situación dilemática 4: Casos identificados.....	211
Tabla 36. Rumbos de acción posibles y principios que emergen para la toma de decisión	214
Tabla 37. Fuerzas narrativas relacionadas con los principios que guían la toma de decisión	215
Tabla 38. Rumbos de acción posibles y principios que emergen para la toma de decisión	220
Tabla 39. Fuerzas narrativas relacionadas con los principios que guían la toma de decisión	221
5.2 Médicos, niñez y juventud en el conflicto armado	222
Tabla 40. Categorías emergentes en relación con niñez y juventud	222
5.2.1 El amor: arma en la guerra	223
5.2.2 Maquinaria de guerra	224
5.2.3 Las heridas en el cuerpo y en el alma	226
5.2.5 Los jóvenes médicos como mediadores	232
6. ANALISIS Y CONCLUSIONES	235
6.1 Situaciones del ejercicio médico que generan dilemas a los médicos en el contexto de guerra en Colombia	236
Tabla 41. Situaciones dilemáticas identificadas según categorías emergentes.....	238
6.2 Identificación de los principios morales que orientan la toma de decisión en la resolución de situaciones dilemáticas de la práctica médica en el contexto de guerra en Colombia.....	245
Tabla 42. Principios morales identificados según categorías de situación dilemática y rumbos de acción.....	246
6.3 Identificación y comprensión del proceso de toma de decisión en las situaciones dilemáticas en escenario de guerra.....	261
6.3.1 Toma de decisión según las propuestas de la ética procedimental, deliberativa y hermenéutica	261
6.4 sobre la guerra, el médico, los jóvenes y la infancia.....	270
6.4.1 Hacer parte de un grupo armado	270
6.4.2 Víctimas civiles del conflicto armado.....	271

6.4.3 Actuar como mediador.....	272
6.5 Otros aportes de esta investigación.....	273
6.5.1 En relación con la práctica medica.....	273
6.5.2 En relación con los hallazgos metodológicos	277
REFERENCIAS.....	279
Anexo 1. Figura 1. Mapas comparativos de la distribución de las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia –FARC- en Colombia años 1980 y 2000	294
Anexo 2. Figura 2. Mapas comparativos de la distribución de Ejército de Liberación Nacional –ELN- en Colombia años 1983 y 2000	295
Anexo 3. Figura 3. Mapa de la distribución del Paramilitarismo en Colombia año 2000	296

RESUMEN

Esta investigación estudió las decisiones y las acciones de los médicos colombianos en situaciones dilemáticas en contextos de guerra y los principios que orientaron sus marcos de elección. Los objetivos planteados fueron describir las situaciones del ejercicio médico que generan dilemas a los médicos en contextos de guerra, identificar e interpretar, en los relatos de la práctica médica en contexto de guerra, la resolución de situaciones dilemáticas mediante el análisis de las decisiones y los principios morales que la orientaron y comprender en los relatos acerca de las decisiones morales adoptadas en situaciones dilemáticas médicas en escenarios de guerra, sus prácticas y los principios morales que en éstas subyacen.

Se planteó una investigación de carácter hermenéutico en dos dimensiones: conceptual y metodológica. En el marco conceptual se incluyó la ética procedimental kantiana, la ética discursiva habermasiana y la propuesta de ética médica hermenéutica ricoeuriana. En el componente metodológico se adoptó la fenomenología hermenéutica en relación con la función narrativa ricoeuriana.

Como aporte teórico de esta investigación, se encontró que el médico, para la toma de decisión en situaciones dilemáticas en el contexto del conflicto armado, apela a los sentimientos morales, la noción que tiene del otro, la capacidad de alivio y sanación que posee, el tipo de mal que sufre el otro y los límites entre su vida pública y privada. Como aporte metodológico se logró a través de las narrativas un nuevo enfoque para el estudio de situaciones dilemáticas en medicina.

Al mismo tiempo emergieron categorías en relación con la guerra, la medicina y los niños, niñas y jóvenes colombianos; la práctica médica como labor y trabajo, las falencias en la educación médica colombiana y la subjetividad en la práctica médica.

INTRODUCCIÓN

En esta investigación a través de las narrativas se estudiaron las decisiones y las acciones de los médicos colombianos en situaciones dilemáticas en contextos de guerra y los principios que orientaron sus marcos de elección. Es decir, se analizó el proceso de argumentación, deliberación y justificación en la toma de decisión por parte de los profesionales de la salud. Se identificó como situación dilemática aquella en la cual se presentó un conflicto entre dos cursos de acción e implicó una elección que contiene principios contradictorios y consecuencias distintas.

Para cumplir con estos objetivos se planteó una investigación de carácter hermenéutico en dos dimensiones: conceptual y metodológica.

En su marco conceptual recogió los presupuestos de la ética procedimental kantiana, la ética discursiva habermasiana y la propuesta de ética médica hermenéutica ricoeuriana.

En relación con la ética procedimental se establece que los principios morales orientan la comprensión de las acciones dentro de los sistemas morales. Adicionalmente, Kant señala que los individuos en su vida cotidiana tienen conflictos morales que requieren solución y una toma de decisión. En cuanto a la perspectiva de la ética discursiva habermasiana, el criterio racional permite que el sujeto autónomo elija fines y metas. Por tanto, la toma de decisiones se realiza desde la racionalidad y el lenguaje en el contexto de la sociedad. El saber, la argumentación y las justificaciones permiten consensuar normas de acción imparciales, diferenciando el ámbito práctico, la acción instrumental, la acción comunicativa y la acción teleológica. Por último, la ética hermenéutica ricoeuriana, propone tres niveles del quehacer médico, el nivel prudencial, el deontológico y el reflexivo; implica un pacto de cuidado, confianza, respeto al secreto médico, así como el derecho a saber la verdad. El proceso de argumentación es lógico discursivo e incluye la narratividad y la historia personal del sujeto.

Se revisaron también perspectivas de la ética práctica como disciplina filosófica que estudia las acciones humanas y las motivaciones que llevan a su realización (Pieper, 1991). Para el análisis del proceso de toma de decisión se incluyeron la propuesta de la

ética casuística, la ética narrativa, la ética de la virtud y el derecho internacional humanitario.

La ética casuística de Jonsen, se fundamenta en la deliberación de casos particulares estudiándolos desde el diagnóstico, los objetivos terapéuticos, la utilidad en el tratamiento y la eficacia analizando situaciones particulares en un contexto específico (Jonsen, 1996). La ética narrativa de Wilker, propone estudiar la práctica médica indagando la historia social, las circunstancias del hecho, la actitud del paciente y su familia, los hábitos y las posibilidades de acción (Winkler, 1996). La ética de la virtud de Pellegrino y Thomasma, centra el análisis en el profesional de la salud, plantea que los núcleos de acción son la relación médico paciente, la enfermedad y la curación (Edmund Pellegrino & Thomasma, 1993). En la ética principalista planteada por Beauchamp, el médico está regido por principios morales que sirven de guía para su ejercicio clínico, permitiéndole elaborar sus razonamientos para la toma de decisiones (Tom Beauchamp, 1996). En relación con el Derecho Internacional Humanitario, se incluyeron los lineamientos propuestos por éste para el ejercicio de la medicina en tiempo de conflicto armado.

En el componente metodológico se adoptaron los presupuestos de la fenomenología hermenéutica en relación con la función narrativa ricoeuriana. El relato de la experiencia de los médicos en situaciones dilemáticas se basó en los recursos simbólicos de la narrativa, articulándolos con el lenguaje a través de una trama, una temporalidad, una espacialidad y unos modos de acción.

El uso de las narrativas como herramienta metodológica para el estudio de las situaciones dilemáticas se presentó como una alternativa novedosa, ya que dio la voz al médico que vivió la experiencia. Las narrativas son utilizadas en investigación médica por Charon, desde la perspectiva de los pacientes con el fin de indagar sobre la historia natural y social de la enfermedad (Charon, 2006). Las narrativas no se habían utilizado para el estudio de la práctica médica en la guerra, sin embargo permitieron evidenciar su valor en la medicina y metodológicamente se convirtieron en una propuesta interesante para entretejer la voz del médico en torno a su práctica en contextos que dificultan el ejercicio de su misión.

Las narrativas fueron obtenidas por medio de entrevistas a diez médicos (seis mujeres y cuatro hombres) que en algún momento de su vida habían desarrollado actividades propias del ejercicio profesional en el contexto del conflicto armado colombiano. Los criterios de selección de la población estuvieron determinados por las siguientes características: la validez, la verosimilitud, la ubicación geográfica y la temporalidad.

El tiempo promedio que los médicos trabajaron en estas regiones de conflicto fue de uno a tres años. De igual forma, los médicos-narradores estuvieron ubicados en diversas temporalidades históricas, habiendo estado algunos de ellos expuestos a las anteriores circunstancias durante las décadas de 1980, 1990 y 2000. Cada narrativa duró entre 25 y 60 minutos, fue transcrita línea a línea y se agruparon por categorías emergentes acorde con las situaciones dilemáticas identificadas. Dentro de estas categorías se identificaron casos hasta la saturación de la misma.

Las categorías iniciales de acercamiento a la información fueron la práctica médica, la situación dilemática, los principios morales, los rumbos de acción, la espacialidad, la temporalidad y las circunstancias. Estas no impidieron que emergieran categorías acordes con cada una de las situaciones dilemáticas y el contexto que las rodeaba.

La sistematización de la información se realizó con el método de “*Análisis de las narrativas para la comprensión de tiempos de crisis*” (Quintero, 2011), al cual se le incluyeron modificaciones con el fin realizar el análisis de situaciones dilemáticas, la identificación de principios y los rumbos de acción.

En los capítulos de resultados y de conclusiones se identificaron las situaciones del ejercicio médico que generan dilemas morales a los médicos en contexto de guerra en Colombia, se caracterizaron los principios morales que orientan la toma de decisión en las situaciones dilemáticas y se comprendió el proceso de argumentación, justificación y deliberación que realizan los médicos en la toma de decisión. Se encontraron además categorías emergentes relacionadas con la niñez y la juventud y la práctica médica.

En relación con las situaciones dilemáticas, se identificaron cuatro tipos que generan dilemas a los médicos en el contexto de guerra en Colombia: *El valor de la*

vida: actuar como médico o el cuidado de sí; Marcando territorios médicos: ¿Rebeldía o Sometimiento?; Ser médico: El protocolo o el cuidado del otro; y Más allá de la medicina: el consultorio o el cuidado colectivo. Estas situaciones dilemáticas sobrepasan lo descrito en los dilemas clínicos propuestos desde la perspectiva de la bioética, ya que se amplía el marco de acción y se desdibuja el escenario profesional circunscrito a una institución hospitalaria involucrando la vida en todas sus dimensiones.

El análisis de estas situaciones, teniendo en cuenta la metodología propuesta, permitió identificar los atributos de los protagonistas, los espacios, las temporalidades y los rumbos de acción posibles, facilitando la comprensión de la toma de decisión en un contexto real.

Respecto a los principios morales como un conjunto de normas o valores básicos que se convierten en exigencia para la acción y expresan deberes relacionados con los actos, se encontró que además de los principios contemplados en las perspectivas bioéticas revisadas, emergieron otros que complementan los planteamientos existentes y enriquecen el marco de análisis de la ética práctica en medicina. Al visualizarlos en el contexto, se evidenció que los principios adoptan un significado que trasciende la relación médico-paciente.

Durante el análisis del proceso de toma de decisión en las situaciones dilemáticas en escenario de guerra, se tuvieron en cuenta los procedimientos y formas de análisis para la resolución de problemas cuando uno o varios principios se enfrentan. En relación con la ética procedimental, se evidenció que los casos en que el médico justifica su elección exclusivamente en el deber profesional son escasos y se refieren a las condiciones de subordinación ante los diferentes actores armados, debido a que se pierde la capacidad de autodeterminación y no existe libertad de su arbitrio. Por otra parte, el criterio de universalidad fue limitado, ya que las máximas priorizadas no implicaron la aceptación de todos los afectados.

En cuanto a la ética deliberativa se observó que la toma de decisiones en este contexto incluyó la deliberación y la búsqueda de consensos entre los afectados. Esta negociación se dio en la mayoría de los casos en condiciones de coacción y asimetría, en las que no existían condiciones que aseguraran que la fuerza del mejor argumento fuera

la que prevaleciera, ni la existencia de imparcialidad, así como tampoco la universalidad de los acuerdos.

Al retomar los planteamientos de la ética hermenéutica se hizo evidente que en el proceso de toma de decisión predomina la desconfianza y la sospecha, incumpléndose todos los preceptos del pacto de cuidado, en tanto que la mayoría de situaciones se presentaban en condiciones de coacción y amenaza. En cuanto al nivel reflexivo, se observó que los médicos llevaron a cabo un proceso incluyente y acorde con la valoración del otro y dando importancia a los significados simbólicos de la salud y la enfermedad.

Como aporte teórico de esta investigación, se encontró que el médico, para la toma de decisión en situaciones dilemáticas en el contexto del conflicto armado, apela a los sentimientos morales, la noción que tiene del otro, la capacidad de alivio y sanación que posee, el tipo de mal que sufre el otro y los límites entre su vida pública y privada.

Los sentimientos morales se tuvieron en cuenta durante el proceso de toma de decisión como el origen de vínculos intersubjetivos entre el médico, el paciente, la comunidad y los actores armados. La noción que se tiene del otro en relación a la fragilidad y la vulnerabilidad influyó en las deliberaciones y argumentaciones del médico al elegir rumbos de acción. El tipo de mal que padecía el otro representó para el profesional una orientación en la toma de decisión, privilegiando los casos de violencia sexual, injusticia, sufrimiento emocional e irrespeto a la misión médica. La capacidad de alivio y sanación en relación con el dolor, se convirtió en motivación para el actuar del médico. Finalmente, los límites entre la vida pública y privada emergieron como factor decisivo al elegir el rumbo de acción.

Al realizar el estudio de las narrativas sobre las situaciones dilemáticas emergieron categorías relacionadas con la guerra, el médico, los jóvenes y la infancia. Las temáticas recurrentes en los casos descritos por los médicos que involucran a niños, niñas y jóvenes colombianos se relacionan con el amor como arma de guerra, las heridas del cuerpo y del alma, las cicatrices de hoy y mañana, y los jóvenes médicos como mediadores. Además, se identificaron circunstancias que violan los derechos de los niños y jóvenes, entre las que se destacan la vinculación de menores de edad a los

grupos armados, la niñez y la juventud como víctimas civiles del conflicto y la mediación de los jóvenes en la guerra.

Respecto a los aportes relacionados con la configuración de la práctica médica en el conflicto armado, se caracterizó una distinción entre la medicina como trabajo y labor, la presencia de la subjetividad como categoría que permea la relación del médico con los otros y las falencias de la educación médica colombiana.

Por último, se concluye que el uso de las narrativas como metodología de análisis para el estudio de situaciones dilemáticas y el proceso de toma de decisión en la práctica médica se convierte en una alternativa novedosa, integral y eficaz para valorar los acontecimientos dentro del contexto, mediante la construcción, a través de la voz del protagonista, de la memoria colectiva de los hechos, mostrando en toda su dimensión las motivaciones y las acciones que permean el universo moral.

1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema y justificación

Con la presente investigación se pretendió comprender la forma en que los profesionales de la salud toman decisiones y actúan en contextos de guerra. Para ello, se requirió, antes que nada, conocer los relatos de médicos acerca de su praxis en tales situaciones con el objeto de identificar los dilemas a los que se vieron enfrentados.

Al explorar narrativas médicas en contextos de guerra, se pueden encontrar relatos referentes a situaciones altamente problemáticas que van desde profesionales de la salud sometidos a amenazas e intimidaciones hasta narraciones sobre el uso de los conocimientos médicos como apoyo a las actividades bélicas en uno u otro bando (y cuyo caso más dramático tal vez sigan siendo las investigaciones y experimentos de la Segunda Guerra Mundial). De hecho, son frecuentes los estudios de narrativas de médicos en los que se evidencian situaciones de vulneración de los derechos de los pacientes y alteraciones en el manejo de los protocolos médicos. Ejemplo de ello son, por nombrar alguno, los relatos del ejercicio médico hechos por los prisioneros de las dictaduras latinoamericanas, en donde se observan casos evidentes de violación de la autonomía en la relación médico-paciente, al narrar la forma en que las mujeres embarazadas fueron vulneradas en los centros de detención hospitalarios donde atendían sus partos y se les hacía firmar un documento que “autorizaba” a los médicos a entregar los recién nacidos a otras personas.

De ahí el interés en la presente investigación por identificar el impacto en la práctica médica de los dilemas éticos relacionados con la vida o la muerte de los pacientes, el personal médico y los actores del conflicto armado. Ahora bien, aun cuando el análisis de estos problemas pueda ser útil para indicar el grado de vulneración al que ha estado y está sometida la práctica médica, el enfoque de esta investigación fue el estudio de las narrativas de los médicos que permitieron identificar los contextos en los que tales problemáticas tienen lugar.

En ese sentido, las situaciones dilemáticas de las narrativas de los médicos hacen posible comprender si ellos orientan o no sus decisiones por principios morales pues se espera que en los relatos el médico describa las experiencias relacionadas con su práctica a la vez que hace visible las perspectivas desde las cuales orienta sus acciones.

Por otra parte, los intereses investigativos expuestos previamente buscaron tomar distancia de aquellos estudios previos en los cuales la práctica médica en contextos de guerra ha sido abordada desde una perspectiva heroica, como puede ser el caso de las narraciones sobre las guerras de conquista o las batallas independentistas, en las cuales el interés narrativo de los profesionales de la salud recaía en su autopercepción como héroes, sintiéndose valorados e indispensables para realizar el acompañamiento del personal en la batalla y por lo tanto significativos en su aporte para cualquiera que fuera la causa por la cual luchar.

Otros estudios de narrativas de médicos en contextos bélicos, mucho más contemporáneos, han dado cuenta de las acciones médicas durante las guerras mundiales. En estos estudios predominan las narraciones alrededor de las estrategias y los mecanismos tecnificados que dieron lugar a prácticas médicas legitimadas, estructuradas y organizadas arbitrariamente en torno a la eutanasia, el exterminio y la eugenesia, como es el caso de los experimentos realizados en la ciudad de Núremberg durante el nazismo, en el cual la participación del personal médico en experimentos mortales, asesinatos selectivos y establecimiento de políticas de exterminio de acuerdo con los fundamentos políticos del nacionalsocialismo es evidente. Sin embargo, también pueden documentarse relatos de médicos que asumen la oposición a estas actividades a través de frentes activos de resistencia, con lo cual resulta útil analizar ambos casos para establecer los principios éticos que guiaban, y guían, la praxis médica en contextos de guerra.

Lo expuesto permite señalar que a pesar de existir unas normativas relacionadas con los deberes del médico en torno a la protección de la vida y sus deberes profesionales, en sus relatos y testimonios se indica que en situaciones de guerra están expuestos a prácticas dilemáticas, las cuales en su mayoría se resuelven de acuerdo con las situaciones del contexto. Estas evidencias señalan que las elecciones se realizan bajo

unos principios morales, los cuales pueden estar orientados por la solidaridad, responsabilidad, compasión, justicia, entre otros.

Otras prácticas médicas se centran en los lineamientos de la guerra no convencional y los patrones de seguridad mundial de la lucha contra el terrorismo, que en algunos casos se vale de la tortura, el chantaje y el asesinato para lograr fines prácticos o demostrar resultados. En estos casos, se priorizan los principios de la guerra sobre los principios médicos y, por lo tanto, el médico termina por relegar a un segundo plano el deber profesional. Los relatos de médicos revisados y relacionados con el contexto en mención se refieren mayoritariamente a experiencias de prisiones, en las que el médico asiste a los interrogatorios de los detenidos con el fin de apoyar los mecanismos psicológicos empleados. Algunos médicos develan la obligación que tienen de colaborar con la seguridad nacional, para evitar posibles ataques terroristas. De esta forma, apelan al beneficio colectivo utilitarista sobre los derechos individuales del paciente y el respeto a la vida.

De forma similar, en el contexto latinoamericano del siglo XX se tienen las prácticas médicas durante las dictaduras en Argentina, Chile, Brasil, Uruguay y Perú. Éstas pueden agruparse en prácticas que se realizan dentro del régimen –y por lo tanto ‘legítimas’– y otras orientadas a oponerse al sistema, a la resistencia contra el mismo. En el primer caso la toma de decisión está restringida por los principios políticos del régimen, por lo que éstos se constituyen, de forma evidente, en violatorios de los principios morales referidos a la justicia y la autonomía, así como al derecho internacional humanitario (DIH). En cuanto a los médicos vinculados a la resistencia, en ellos prevalecen principios de solidaridad propios de los tratados humanitarios, limitados por amenazas y por la falta de garantías para proteger su vida e integridad física y psicológica. Ante esta situación, los códigos de ética médica profesional entran en clara contradicción con las prácticas y el entorno del ejercicio médico.

Ya en el contexto del conflicto interno colombiano, hay que decir que la mayoría de prácticas médicas se realizan, al igual que en los conflictos anteriormente mencionados, bajo condiciones de amenaza e inseguridad, lo que genera sentimientos de miedo e incertidumbre, tanto para el médico como para el paciente. Al respecto, se identifican relatos acerca de las acciones de resistencia y de los movimientos sociales

que defienden al gremio médico y se oponen a la represión y al maltrato, a la vez que denuncian la violación a los principios de autonomía, justicia y al secreto profesional.

El anterior marco explicativo resultó bastante luminoso en el momento de adoptar la narrativa como estrategia en la comprensión de la toma de decisiones y acciones de los médicos en situaciones dilemáticas en contextos de guerra.

Las narrativas permiten interpretar lo que no se contempla en los protocolos médicos, en la medida en que éstos responden a un ordenamiento académico en el ámbito clínico. En otras palabras, los protocolos se refieren a los procedimientos, síntomas, tratamientos y a las consecuencias del trauma de guerra. En consecuencia, no facilitan analizar las prácticas médicas, en razón a que las acciones de los médicos están ligadas no solamente a los saberes adquiridos durante el proceso de formación, sino también a la toma de decisiones en las cuales encontramos principios morales, la experiencia previa del médico, la patología del paciente, el contexto y los procesos de interacción con el otro. Las narrativas permiten comprender las historias de los médicos que sucedieron en este contexto; en ellas se vislumbra la experiencia, la perspectiva individual, la intersubjetividad, las acciones entre médico, paciente y contexto de vulnerabilidad social y político.

Es preciso indicar que las narrativas han sido empleadas en la ciencia médica y tienen como objetivo desarrollar en el profesional de la salud habilidades para reconocer e interpretar la historia de la enfermedad en los pacientes, así como comprender las experiencias y el contexto en que se da la enfermedad. Esta tradición se denomina ‘medicina narrativa’ y se originó en Estados Unidos con el objeto de analizar en los casos clínicos las historias que involucran al paciente, la familia y su red de relaciones, atendiendo a una perspectiva ética. En esta investigación, la narrativa se centró en el médico como protagonista de la historia, quien convertirá en voz su práctica médica, en el contexto del conflicto armado.

En consecuencia, esta investigación se justifica en la medida en que permitirá comprender, como ya se señaló, las decisiones y las acciones de los médicos en situaciones dilemáticas en contexto de guerra y los principios morales que orientan sus elecciones. Se considera en este estudio que las acciones del médico se dan en líneas de acción dudosas o incluso se orientan por principios contrarios al médico, razón por la

cual se busca comprender cómo se orienta y guía una toma de decisión médica en un escenario de guerra. Por ello, este trabajo se fundamenta epistemológicamente en la ética práctica, la cual permite avizorar los tipos de orientaciones y valoraciones de los médicos en su práctica en la guerra.

La ética práctica hace posible identificar y analizar el conjunto de principios que subyacen en el ejercicio clínico del médico en el contexto de guerra. Este tema cobra importancia en Colombia, no solo por las condiciones de conflicto y violencia social acaecidas desde finales de 1900 y agudizadas entre las décadas de los ochenta y noventa, sino porque orienta el análisis de las iniciativas y políticas planteadas en el marco de la práctica de la medicina en el conflicto armado. Ejemplo de ello pueden ser las iniciativas encaminadas a asistir a las víctimas del conflicto como la Ley de Víctimas y Tierras, que si bien ha sido tardía (únicamente hasta el 10 de junio del 2011 fue sancionada la Ley de Víctimas, con una vigencia de 10 años) se orienta a la búsqueda de restitución de tierras despojadas en medio del conflicto colombiano, así como a la realización de acciones propias del campo de la salud, como son la atención psicosocial y la salud integral a las víctimas de la violencia.

Al mismo tiempo, interesa interpretar la forma como los médicos han afrontado las situaciones de violencia y lo que ha significado realizar su praxis en medio de grupos armados legales e ilegales. Por ello, el marco comprensivo propio de la narrativa permite explorar los universos psicológicos, sociales y culturales en los que actúa el médico en contexto de guerra.

A partir de lo expuesto, la pregunta y objetivos de este estudio fueron:

Problema:

¿Cuáles son las decisiones y las acciones de los médicos en situaciones dilemáticas en contextos de guerra y qué principios morales orientan sus elecciones?

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo general

Comprender las decisiones y las acciones de médicos en situaciones dilemáticas en contextos de guerra y los principios que las orientan.

1.2.2 Objetivos específicos

- Describir las situaciones del ejercicio médico que generan dilemas a los médicos en contextos de guerra.
- Identificar e interpretar, en los relatos de la práctica médica en contexto de guerra, la resolución de situaciones dilemáticas mediante el análisis de las decisiones y los principios morales que la orientaron.
- Comprender, en los relatos acerca de las decisiones morales adoptadas en situaciones dilemáticas médicas en escenarios de guerra, sus prácticas y los principios morales que en éstas subyacen.

2. ANTECEDENTES

Para desarrollar este trabajo interesa conocer las investigaciones relacionadas con las acciones de médicos en contextos de guerra. En la revisión se identificaron los siguientes temas: relatos sobre los médicos en la guerra, participación del médico en acciones de guerra y utilización del conocimiento médico como arma en la guerra.

Los relatos de médicos en situación de guerra seleccionados en este acápite se relacionan con la independencia en Venezuela y Colombia, las guerras mundiales, el periodo de lucha contra el terrorismo, las guerras de intervención y los casos de las dictaduras de Argentina, Chile, Brasil, Uruguay y Perú. Al revisar la participación del médico en acciones de guerra, se encuentran investigaciones donde se analiza su intervención como asistentes en el castigo, la tortura, el desarrollo de armas, la experimentación y la atención de actores armados. Al mismo tiempo, se presentan formas de utilización del conocimiento médico en el marco de la prestación del servicio de salud en la guerra. Es decir, se observa que el médico cumple un papel protagónico a través de acciones que involucran cuidados para mantener y recuperar la salud de los sujetos y en algunas ocasiones acompañamiento a otras actividades inherentes a la guerra.

Es necesario aclarar que si bien existen numerosas fuentes de narrativas y diarios de campo escritos por otros profesionales de la salud, a continuación se expondrán tan solo algunos casos de médicos en la guerra pertinentes en el contexto de este trabajo, que se seleccionaron teniendo en cuenta la intensidad con que permitían visibilizar situaciones alrededor de su participación en el contexto de guerra a la vez que describían las acciones que realizaron.

Para realizar la búsqueda se utilizaron diversas estrategias que incluyeron la revisión de diarios, cartas y escritos de los museos de historia en relación a las guerras. También se establecieron como términos MESH de búsqueda las frases o palabras: práctica médica, guerra, conflicto armado y dilemas éticos, entre otros.

2.2 *Historia de los médicos en la guerra moderna*

En la medida en que los combatientes son recursos humanos valiosos para el bando que los emplea, los médicos que cuidan de los mismos cuando están enfermos o heridos son fundamentales para obtener ventajas tácticas, ganar batallas e incluso guerras. En las Guerras Napoleónicas el aumento de ataques con tropas numerosas que causaban un mayor número de víctimas incidió en la creación de las primeras ambulancias “voladoras”. Estas permitían el transporte de los heridos de forma rápida al lugar donde se encontraba el médico. Al mismo tiempo se creó el triage (del francés *triage*, clasificación, término que a su vez deriva de la palabra francesa *trier*, utilizada para describir la distribución de productos de agricultura), procedimiento que permitía utilizar de forma efectiva los recursos para atender los padecimientos que más lo requerían. Los heridos más graves morían en el campo de batalla, donde se realizaban procedimientos quirúrgicos tipo amputaciones como única elección para el enfermo. Durante el siglo diecinueve se adoptó el transporte en ambulancia y el triage como componentes del sistema de atención de heridos en combate.

Gross describe que solamente hasta la Primera Guerra Mundial el descubrimiento de antibióticos, las medidas de asepsia y la construcción de instalaciones acordes con medidas de sanidad permitieron la disminución de la mortalidad por enfermedad. Sin embargo, el desarrollo tecnológico de las armas aumentó el número de víctimas en batalla, limitando la acción del médico a un acompañamiento y cuidado rudimentario ante la gravedad de las heridas. Como consecuencia, surge formalmente la medicina militar, encargada del cuidado preventivo del personal con el fin de mantener la salud de los soldados disponibles para combatir, optimizando el uso de recursos asignados (M. L. Gross, 2006).

Después de la Primera Guerra Mundial se presentaron grandes avances en la tecnología médica, nuevos medios de transporte, instrumentos y medicamentos. Al mismo tiempo se codificaron principios de la ley humanitaria en contexto de conflicto armado (M. L. Gross, 2006).

En estas condiciones, el triage se convierte en una estrategia médica para la atención de los heridos en combate. En la medida en que se aplique de forma rápida y

eficaz, podrá optimizarse el desempeño del médico y su equipo de trabajo, a la vez que se garantizará un mejor rendimiento de la población involucrada.

Moskop indica que en el contexto de la atención en salud el uso de la categoría ‘triage’ requiere que se cumplan las siguientes condiciones: escasez de recursos de salud, un profesional de salud que valore las necesidades médicas de cada paciente con un examen físico y unos criterios que permitan priorizar el tratamiento de cada paciente (J. C. Moskop & K. V. Iserson, 2007).

Para Adams, si las necesidades sobrepasan los recursos disponibles, es necesario tomar decisiones sobre cómo distribuir lo poco que se tiene, así no sean satisfechas todas las carencias. Para lograrlo, se clasifican las víctimas en grupos específicos antes de recibir atención médica (Adams, 2008).

Es decir que, cuando el médico se enfrenta a un grupo numeroso de heridos que requieren servicios, se dividen los pacientes en tres grupos: los que morirían a pesar de recibir atención, los que sobrevivirán sin importar la atención dado que requieren del mínimo cuidado y los que morirán si no reciben atención inicial. La clasificación dependerá del diagnóstico.

Para Adams, un aspecto general de la toma de decisiones en triaje es que sin importar que los recursos sean suficientes o escaseen, el bienestar del paciente individual debe ser la mayor prioridad (Adams, 2008).

La creación del triaje (al igual que el transporte por ambulancia) se atribuye al Barón Dominique-Jean Larrey, oficial militar francés, como respuesta a las necesidades de la cirugía militar en las guerras napoleónicas. El sistema utilizado era evaluar y categorizar rápidamente a los soldados heridos con el fin de tratar y evacuar a los más afectados durante el combate.

En 1846 el cirujano John Wilson precisa las condiciones del triaje. Determina que los médicos deben atender primero a los pacientes que necesitan atención inmediata con mayor probabilidad de éxito en el tratamiento, dejando para después a los que tienen heridas menos graves o probablemente fatales con o sin intervención inmediata (J. C. Moskop & K. V. Iserson, 2007).

El orden y la prioridad de atención de estas categorías pueden variar si se habla de triaje convencional en emergencia, triaje de múltiples víctimas, triaje en guerra o

triage de paciente hospitalizado en unidad de cuidados intensivos (UCI). A continuación explicaremos brevemente cada uno ellos:

El triage convencional en urgencias se ocupa, en primer lugar, de los enfermos que requieren resucitación o cirugía inmediata; luego, de los que la requieren posteriormente; y por último, de los que no la requieren. Generalmente lo realiza una enfermera o un médico que valora a los pacientes para priorizarlos y distribuirlos. En este tipo de triage sí se cuenta con los recursos para atender a todos los enfermos, por lo que su uso se hace buscando atender primero a los más graves, evitando así tiempos de espera perjudiciales para el paciente.

El triage de múltiples víctimas se conoce también como triage ante emergencias y desastres. Éste busca atender al mayor número de personas que requieren atención inmediata y pueden salvarse, con el fin de que sean transportados y atendidos primero. Clasifica a los pacientes en cuatro categorías: roja, negra, amarilla y verde. La etiqueta roja incluye pacientes prioridad uno: gravemente heridos, que pueden ser salvados y requieren tratamiento inmediato; la negra para los pacientes con lesiones severas, que no pueden ser salvados porque su enfermedad y gravedad exceden los recursos terapéuticos y por lo tanto ameritan una conducta expectante; la amarilla para los heridos prioridad dos, cuyas vidas no están comprometidas por las heridas y requieren atención médica urgente mas no inmediata; y por último la verde, de cuidado mínimo o prioridad tres, que requieren solo tratamiento menor (J. C. Moskop & K. V. Iserson, 2007).

El triage de guerra o militar invierte el orden y concede más importancia a la salvación y a la utilidad de los pacientes, es decir, se priorizan los que tienen menores lesiones para intervenirlos y que regresen al campo de batalla. Generalmente este tipo de triage lo realiza personal médico militar o al servicio de intereses militares.

2.2 *Experiencias del médico en la guerra*

En el material revisado se encontraron relatos del personal médico que participa en la guerra recopilados por investigadores que realizan un análisis historiográfico (Dumont, 1975a, 1975b; Fortique, 1963; Goddard, 2004; Sotomayor, 2009); Diarios de campo (Collins, 1918; Corbin, 1916; Hachiya, 1945/2005; Hanks, 2003; Walker, 1917);

Autobiografías (Abraham, 1940; Dibold, 1949), Investigaciones de campo (Atenstaedt, 2006; Glueck, 1946a; Kaufman, 1997; Nie, 2006; Reinisch, 2007; Riquelme, 1995, 2004a, 2004b, 2005, 2006; Smith, 2008b; Van Bergen, 2008; P. Weindling, 2004) y Registros oficiales (ADD, 1919).

Al revisar las investigaciones relacionadas con guerras de independencia se encontraron muy pocos registros donde se realice un análisis desde las experiencias médicas. Sin embargo, en los estudios realizados por Fortique (1963) se recopilan experiencias médicas alrededor de las luchas de independencia en Venezuela. Se relacionan, principalmente, relatos de personal médico involucrado en las batallas donde narran sus sentimientos relacionados con el miedo a morir: *“pero siendo humanos los médicos, sí podían morir heroicamente”* (Fortique, 1963).

Este investigador señala que el gobierno, en situaciones de guerra, expidió un reglamento de servicio y gobierno para los médicos, el cual les exigía presentarse en los hospitales y los cuarteles generales de servicio de forma inmediata. Así se visibiliza el papel del médico como eje principal en las situaciones de guerra para asegurar sobrevivencia y éxito en las labores militares:

“En los días que siguieron de la declaración de independencia y con motivo de la insurrección de los isleños canarios en Caracas, el supremo poder ejecutivo tomó varias medidas militares de emergencia y entre ellas que los médicos acudieran en seguida a los hospitales y al sitio ‘donde se ponga el cuartel general, adonde harán pasar una tercera parte, con una caja de medicinas e instrumentos precisos para tomar la primera sangre’” (Fortique, 1963: 56).

En la cita anterior se observa que existe escasez de facultativos en las filas de los patriotas y el alto costo de los equipos sanitarios. La gran mayoría de médicos del nuevo reino eran españoles y por lo tanto pertenecían a estos. Ante esta situación, se delegó el cuidado de pacientes a familias “bondadosas” que se ofrecieron para este servicio a la causa (Fortique, 1963). En este caso, la utilización del conocimiento médico se realizó para el bienestar de los heridos en la guerra, a través de cuidados especializados y tratamientos específicos.

Respecto a la guerra de independencia de Colombia, Sotomayor (2009) describe el inicio de la medicina militar cuando Antonio Nariño implementa las observaciones de

las enfermedades del ejército en los campos y guarniciones del inglés John Pringle. Al mismo tiempo, registra la organización de los hospitales militares en Bogotá, en Panamá y en otras poblaciones de Colombia, destacando la importancia que los generales daban a la asistencia sanitaria de los miembros del ejército; llegaban incluso a exigir que en las secciones de hospitales civiles se prestaran secciones para las tropas del ejército (Sotomayor, 2009).

Por otra parte, Goddard (2004) analiza los instrumentos quirúrgicos utilizados en las guerras de conquista napoleónicas, y compara el tipo de elementos con el conjunto básico quirúrgico utilizado en la actualidad. Para lograrlo revisa el diario de campo del cirujano de guerra, donde encuentra descripciones de cirugías y dibujos de los instrumentos quirúrgicos elaborados en madera. Concluye que muchas de las herramientas básicas quirúrgicas de la Armada del tiempo de Napoleón difieren de las de hoy solamente en el material del que están hechas (Goddard, 2004).

En cuanto a la Primera Guerra Mundial, se registran las primeras revisiones académicas relacionadas con el uso de conocimiento médico para fines de guerra. Van Bergen (2008) destaca el uso de gas mostaza y armas biológicas como medios de destrucción masiva (Van Bergen, 2008). Atenstaedt (2006) menciona relatos de médicos que luchan contra el ‘pie de trinchera’ o congelamiento de los pies en los soldados; las acciones médicas indican el uso de gasas engrasadas, amputaciones y modificación del calzado para beneficio del soldado herido (Atenstaedt, 2006).

Respecto a la búsqueda de antecedentes relacionados con la Primera Guerra Mundial y el ejercicio médico, se encuentran también diarios personales, registros de trabajo de campo y relatos de experiencias con prisioneros. Estos centran sus narraciones principalmente en los sentimientos relacionados con el servicio médico en la guerra, las necesidades de suministros y el trato al personal enemigo. Walker (1917) escribe en su diario: *“Ofrecí mis servicios como médico al gobierno cuando estalló la guerra, pero no obtuve respuesta hasta varios meses después. [...] La sensación que tenía de llenar un vacío importante en el ejército del general Botha, me permitió llegar a Ciudad del Cabo la última noche de enero”* (Walker, 1917: 12). Se observa que servir como médico en la guerra se convertía en una actividad honorable que permitía luchar por la patria. En otro apartado, Walker describe la forma en que los soldados preferían

morir sobre una sábana limpia, visibilizando así los valores y prioridades de médicos y heridos: *“Un fornido sargento de intendencia, que estaba muy mal, dijo que prefería morir de hambre en una sábana limpia en el hospital”* (Walker, 1917: 36).

Por su parte, Abraham en su autobiografía hace referencia también a los sentimientos generados ante el rechazo de su solicitud para prestar servicio como pasante de medicina en el ejército:

“‘¿Qué puedo hacer por usted, señor?’, dijo. ‘Yo me quiero unir’, le contesté con alegría. Me miró con vergüenza obvia. ‘Bueno, señor, eso es realmente algo difícil. Usted ve, señor, usted es un poco viejo para nosotros. Tiene más de treinta años, y en realidad solo quieren los jóvenes recién titulados para hacer vendajes en la línea del frente. No se necesitan becarios de la Facultad. Ud. es además demasiado pesado para nosotros’. Ese fue el tipo de cosas que estaban diciendo en la oficina de la guerra a finales de agosto de 1914. Yo estaba muy enojado y decepcionado, y me fui a mi habitación intensamente deprimido. Nadie me quería en la guerra. Yo era demasiado viejo” (Abraham, 1940: 101).

En este relato el médico expresa sus sentimientos de frustración cuando no es aceptado a participar en el ejército, actividad que era valorada por el servicio y entrega a la patria.

El médico Abraham decide presentarse al naciente Comité Internacional de la Cruz Roja Británica, donde fue aceptado inmediatamente, acompañado de cinco médicos y doce enfermeros. El primer día de trabajo en Serbia, se enfrentó a un médico, cuestionando por qué no usaba anestésicos para realizar amputaciones a los heridos, y recibió como respuesta un *“no tengo tiempo para poner anestesia”*. Sin embargo, más adelante escribe: *“Pronto nos dimos cuenta que esto era cierto, cada día miles de enfermos y heridos se atienden en la ciudad. La posición del médico era desesperada”* (Abraham, 1940: 104). En este caso, inicialmente se puede observar que se percibe inadecuado practicar la cirugía sin anestesia; sin embargo, cuando el Dr. Abraham debe

afrontar esta situación, comprende y realiza prácticas similares. Registra también la búsqueda de un lugar para establecer un hospital, reafirmando así que los recursos sanitarios son indispensables en una guerra.

Hanks, asistente de enfermería a bordo de una nave durante la Primera Guerra Mundial, escribe en sus memorias los sentimientos generados al realizar el rescate de cadáveres y heridos cerca de las Islas Malvinas:

“Llegamos al horrible trabajo del rescate. El clima era muy frío y miserable, el agua estaba llena de cabezas moviéndose y de cadáveres. Se realizaron todas las maniobras de rescate y llevamos a los hombres rápidamente a la enfermería; se realizó respiración artificial y, por supuesto, atendimos bien a los prisioneros de guerra” (Hanks, 2003: 102-105).

El registro sobre los prisioneros se acompaña de la calificación de la atención, dejando clara la neutralidad que practicaba como personal de salud.

Respecto a los lineamientos de atención y organización militar, en la Primera Guerra Mundial se encuentran los registros de Corbin (1916), Collins (1918) y del Departamento de Defensa Australiano, ADD (1919). Corbin describe las prioridades de los regimientos militares, donde prima la necesidad de la seguridad antes que la atención adecuada en salud:

“Sin embargo, hemos aprendido una cantidad considerable de los procedimientos militares, y de las dificultades surgidas en la realización de un hospital militar. Como ya tenía el rango de capitán y gran honor, mis funciones eran de carácter humilde, correspondiendo a un cirujano en un hospital general. Nuestra mayor dificultad en este momento se encontraba en el asunto de las drogas. Se dio orden de que nuestros suministros de Australia no se abrieran, ya que se podía ordenar un movimiento de repente; allí estaba la mayor dificultad en conseguir alguna droga en un primer momento” (Corbin, 1916: 112). En otro acápite, describe su posición frente a las

limitaciones del trabajo como médico con los militares: *“Hay muchos puntos sobre los asuntos militares y de la administración que me hubiera gustado tocar, pero se puede entender que esto es absolutamente imposible”* (Corbin, 1916: 114).

Se observa que existen deberes y obligaciones claramente limitadas y sobre las cuales no se hace cuestionamiento alguno.

Collins, en su libro sobre la organización y administración militar, refiere la logística y funcionamiento del Comité de la Cruz Roja en Ginebra: *“Cuando el número de camilleros es insuficiente para la recolección completa de los heridos, cuando se cargan en tren o barcos, los servicios de las tropas adicionales que sean necesarias se adjudicarán por orden local. Ellos no están protegidos durante el ejercicio de sus funciones”* (Collins, 1918: 275). Por lo tanto, se aceptaba que el personal que perteneciera al servicio militar y colaborara temporalmente en el área de la salud no fuera protegido en el momento de los combates. Por último, el ADD detalla el tratamiento dado a los prisioneros en los hospitales; reconoce el trato digno y la alimentación escasa pero permanente a cargo del personal de salud, e incluso cómo las enfermeras colaboraban en otras labores: *“Una enfermera alemana escribió cartas a un par de prisioneros de guerra ingleses cuyas heridas no les permitían escribir cartas a sus propias casas”* (ADD, 1919: 30).

Sobre la Segunda Guerra Mundial se encuentran numerosas investigaciones relacionadas con el uso de conocimiento médico para la guerra: se registran experimentos en humanos, pruebas de armas biológicas y radioactivas. Para Glueck, los experimentos de Núremberg, patrocinados y desarrollados por personal médico, son un crimen de guerra (Glueck, 1946b). El investigador Riquelme analiza el juicio de Núremberg y considera que estos médicos fueron víctimas del sistema, mas no ejecutores premeditados, ya que estaba de por medio su vida y eran coaccionados para que actuaran de esa manera. Además, en los casos descritos, solamente eligieron el mal menor que permitía salvar vidas (Riquelme, 2006).

Este mismo autor describe la posición del tribunal de Núremberg ante los crímenes cometidos en nombre de la ciencia de la raza para mantener la pureza aria; respecto al testimonio de Brandt, médico de la SS, indica que cada médico era responsable de las actividades y veredictos en torno a la eutanasia, y por lo tanto era lo correcto. Los médicos argumentaban que se estaba dando una ayuda al prójimo por amor, ya que es más cruel e inhumano someterlo al sufrimiento de la existencia. Respecto a esa posición, en el juicio de Núremberg se encontró culpable de negligencia al médico, pues el tribunal no determinó si un Estado puede o no expedir leyes de este tipo, sino que no existe un reconocimiento de la comunidad internacional sobre estos procedimientos, por lo cual sería incorrecto y violatorio de los derechos. Este tribunal también se pronunció respecto a los experimentos realizados en seres humanos: aseguró que, si bien un Estado puede legislar sobre sus propios ciudadanos, no puede hacerlo en relación con ciudadanos extranjeros, al mismo tiempo que los médicos buscaron la posibilidad de realizar estos experimentos (Riquelme, 2005).

Para Kaufman, en el periodo de la Segunda Guerra Mundial investigadores médicos en Estados Unidos, siguiendo las indicaciones gubernamentales y militares, utilizaron soldados para inyectar plutonio radiactivo con el fin de conocer los efectos en el cuerpo, sin utilizar el consentimiento informado (Kaufman, 1997). Sin embargo, es necesario aclarar que en estos casos, incluso con el consentimiento de los participantes, se están incumpliendo los objetivos médicos de velar por la salud y bienestar de los pacientes, ya que la ética médica no admite utilizar situaciones sociales precarias o de poder para coaccionar la participación en ensayos clínicos, menos aún cuando no se tienen estudios previos sobre la toxicidad y letalidad en modelos animales.

Para Nie y Weindling, se hace necesario emitir disculpas oficiales y reparación por el gobierno de Estados Unidos por encubrir crímenes de guerra, al mismo tiempo que se incluya una cláusula en el código de ética médica prohibiendo complicidad y acciones de guerra del médico (Nie, 2006; P. J. Weindling, 2006). Dumont señala que se han reconocido las torturas y el exterminio de seres humanos en la Segunda Guerra Mundial; allí, los médicos cumplieron un papel activo a través de la financiación de estudios sin sentido académico que buscaban simplemente algún hallazgo, entre estos, los experimentos del Dr. Heinrich Himmler, médico alemán cuyo lema era: “¡Bueno,

ensaye profesor, ensaye continuamente... Ningún experimento es absolutamente inútil" (Dumont, 1975a: 115).

Alemania luchó en Europa en dos frentes y en dos formas crudamente contrastantes. Su conducta de guerra en Occidente concordaba en la mayor parte con las reglas y convenciones de la guerra. En el Oriente, el trato a los soldados capturados y a la población civil era muy diferente: escuadrones de exterminio operaban detrás de la avanzada del ejército alemán; en este caso las implicaciones para el médico eran distintas, ya que estaba involucrado en contextos que promovían actividades específicas. Para Coates, las diferencias en este trato tenían origen en la ideología racista del nacionalsocialismo; en muchos casos los médicos participaron en estas acciones a través de la selección de personal para la cámara de gas, vivisecciones y experimentación de medicamentos nuevos que tenían como consecuencia la muerte de los participantes (Coates, 2006).

Siguiendo a Dumont, se registran relatos de médicos que describen situaciones dilemáticas y sentimientos alrededor de la guerra y el exterminio. De 90.000 médicos registrados en Alemania, se encontró que 350 habían cometido crímenes médicos (Dumont, 1975b). Estos crímenes se justificaron como parte del ideal nazi que incluía ayudar a la raza aria a dominar razas inferiores. En las declaraciones de Karl Brandt, médico al servicio de Hitler, se destaca la siguiente revelación: *"Un médico SS es ante todo un soldado al servicio de Alemania y del Führer"* (Dumont, 1975b: 29). Se contemplan también medidas de control sobre la formación de nuevos médicos mediante el cierre de universidades y la limitación de la actividad de otros médicos que no pertenecían al partido: *"Los médicos judíos deben cesar en toda actividad"* (Dumont, 1975b: 31).

En consecuencia de lo anunciado, Dumont muestra que el control de la salud y sobrevivencia de la población en las condiciones extremas de la Segunda Guerra Mundial dependía exclusivamente de los alemanes. Se visibilizan también conductas de eutanasia como órdenes explícitas de Hitler a los médicos alemanes:

"... el doctor en medicina Brandt está encargado de extender la autoridad de ciertos médicos, que se designarán personalmente, para otorgar la liberación por la muerte a las personas que, dentro de los límites del juicio humano y tras haber pasado

por un examen médico profundo, hayan sido declaradas incurables. Firmado: Adolf Hitler” (Dumont, 1975b: 62).

La nota pedía que se señalaran los enfermos que debían ser sometidos a la eutanasia, teniendo en cuenta la nacionalidad, la aptitud para el trabajo y el estado de salud como criterios importantes.

Este mismo investigador muestra que en el momento que se realizan los juicios a estos actos de guerra, se reconoce que algunos médicos militares americanos declaran:

“No tenemos las manos limpias... ¿Sobre qué base jurídica o moral vamos nosotros a hacer la acusación sobre esos médicos?”. “Los experimentos practicados en nuestras prisiones sobre los presos voluntarios y conscientes no tienen nada en común con los horrores, mutilaciones y muertes cometidas con los detenidos, de modo que los que las hicieron no merecen el nombre de médicos” (Dumont, 1975b: 167).

De esta forma, la comunidad médica reconoce que está incapacitada para realizar un juicio ético en torno a las acciones de los colegas de Alemania; surgen sentimientos de censura y descalificación profesional.

Dumont también describe otros relatos que se refieren a las actividades de esterilización de poblaciones para crear el nuevo equilibrio impidiendo la reproducción de razas inferiores; en este caso se destaca la actividad del Dr. Joseph Mengele, médico jefe del campo de concentración de Auschwitz-Birkenau, encargado de seleccionar a la población, quien expresaba:

“¿Esto no es un sanatorio! No hay sitio para los enfermos; la gente debe trabajar o morir”. “¿El hospital? Debe ser el sitio donde se recuperan las fuerzas del trabajo todavía utilizables. El Reich no puede perder el tiempo cuidando a judíos y a enemigos del Estado. La única razón para mantenerlos con vida es su productividad. Y en periodo de guerra no se pueden malgastar los medicamentos, ya insuficientes: los soldados alemanes los necesitan” (Dumont, 1975a: 93).

Se observa claramente cómo justifica sus acciones a través del cumplimiento de los ideales del partido. El Dr. Mengele trabajaba en la experimentación de métodos para impedir la reproducción de los que no eran alemanes puros: *“Con una instalación de dos lámparas se podía esterilizar entre 150 y 200 personas todos los días; en*

consecuencia, con veinte instalaciones de este tipo podrían ser esterilizadas entre 3.000 y 4.000 personas todos los días” (Dumont, 1975a: 37).

Testimonios de personal de salud no nazi detenido en los campos de concentración, revelan las situaciones dilemáticas que debieron enfrentar respecto a los reglamentos y procedimientos establecidos en el caso de embarazo de una prisionera; si el bebé nacía vivo, madre e hijo debían ser enviados a la cámara de gas. Según declaraciones de Olga Lengyell, enfermera polaca recluida en los campos de concentración, ante esta situación se tomaban decisiones:

“La conclusión era fácil de sacar: el recién nacido no debía vivir. Nos dábamos cuenta las cinco de lo que había de monstruoso en esta conclusión. Desafiaba todas las leyes morales y humanas. Pasamos muchas noches dando vueltas y vueltas a este trágico dilema, y por la mañana las madres y los bebés iban a la muerte. Entonces tomamos una decisión. Teníamos que salvar por lo menos a la madre, la suerte del recién nacido estaba fijada de antemano. Después de habernos rodeado de todas las precauciones posibles, tapábamos la nariz del recién nacido y, cuando abría la boca para respirar, le introducíamos una dosis suficiente de un producto que no podía fallar. Una inyección hubiera sido un método más expeditivo, pero hubiera dejado huellas, y había que evitar a toda costa que los alemanes sospecharan la verdad. Colocábamos al niño, que no tardaba en morir, cuando el alumbramiento se había efectuado afuera. Para la administración alemana quedaba como un niño que había nacido muerto. Así, pues, los alemanes llegaron a convertirnos en asesinas. Todavía hoy, el recuerdo de todos aquellos bebés suprimidos me persigue... El pensamiento de haber salvado a las madres es solo un consuelo. Sin nuestra intervención, hubieran padecido muchos más sufrimientos, puesto que los habrían echado vivos a un horno crematorio. Un sentimiento elemental de humanidad habría dictado a cualquier persona, en nuestro lugar, me parece, la misma solución, por monstruosa que pueda parecer. Sin embargo, sigo pidiéndole en vano a mi conciencia que me acabe de perdonar” (Dumont, 1975a: 112-113).

Puede observarse cómo se generan situaciones que, por medio de la narración de los protagonistas, permiten comprender e identificar condiciones en que el personal de salud debe elegir y actuar en contextos que no son equitativos ni seguros. Al mismo

tiempo el personal de salud era consciente de que estas acciones estaban en contra de los principios de defensa de la vida, pero debían optar por una alternativa que para ellos implicara un menor daño posible. Esta situación generaba sentimientos de ambivalencia y culpabilidad que ellos mismos reconocen.

Dibold expone relatos de médicos rusos que durante la época de rendición se preguntaban acerca del servicio que prestaban:

“Entre los médicos había estafadores, oportunistas, así como egoístas y brutales. Para ellos, el bienestar de la comunidad no tenía gran importancia, su única preocupación era sobrevivir personalmente. Los médicos son hombres como los otros. En la enorme prueba de Stalingrado, a menudo estuvieron enfermos. Los que, entonces, por miedo o por egoísmo, se negaron a realizar su tarea, faltaron a los más altos deberes de su profesión” (Dibold, 1949 :76).

Esta situación permite establecer que los pacientes esperaban que los médicos eligieran teniendo en cuenta sus principios profesionales; sin embargo, finalmente son seres humanos que también tienen necesidades y en este tipo de situaciones algunos optaban por el beneficio personal, que en este contexto se interpreta como egoísmo y abandono de sus deberes profesionales.

Este mismo autor narra la situación dilemática relacionada con la distribución del alimento; si bien los médicos eran conscientes de la responsabilidad con las necesidades de sus pacientes, tenían sus propias necesidades básicas, como la de alimentarse. En medio de estos conflictos, optaban por resolver de la forma para ellos más equitativa y compasiva eligiendo a los jóvenes enfermos, a los que trabajaban más y por lo tanto demostraban mayor productividad, y a ellos mismos, pues la comunidad no sobreviviría sin médicos que la atendieran. Esto se evidencia en el siguiente relato:

"De hecho, diariamente se nos planteaba un problema: el de la comida. A menudo se reprochaba a los médicos y los enfermeros que quitasen el pan de la boca de los enfermos. Por otra parte, los víveres eran repartidos por cabeza, pudiese comer el interesado o no, trabajar o no. Los que trabajaban necesitaban comer más. Los propios enfermos lo comprendían. Pero ¿y los médicos y los enfermeros? ¿No tenían la obligación de asegurar a sus enfermos las mayores raciones posibles? Yo resolví estos problemas de la siguiente forma: cuando estaba enfermo, y posteriormente

convaleciente, distribuía el excedente a algunos enfermos: normalmente a jóvenes soldados que sabía que pasaban hambre o susceptibles de sucumbir a la enfermedad, a falta de fuerzas. Conseguí salvar de esta manera a dos o tres muchachos. De no hacer esto no hubiese podido conservar suficiente salud y fuerza para trabajar” (Dibold, 1949 :76-77).

Las preguntas y reflexiones permiten identificar situaciones dilemáticas ante las cuales no existían respuestas preconcebidas y, mucho menos aún, estudiadas en la escuela de medicina.

En el diario de Hachiya, un médico japonés que registró su experiencia durante las primeras semanas después del lanzamiento de la bomba de Hiroshima, existe un registro de lo sucedido en el hospital desde la explosión de la bomba atómica. En estas narraciones se destaca la naturalidad del lenguaje utilizado para describir situaciones límite, donde prevalece el sentido humanitario de la profesión médica. En el apartado del 18 de septiembre de 1945 se puede leer:

“Al parecer, la gente que se había refugiado en el hospital durante la tormenta aprovechó la ocasión para llevarse las mantas que les habíamos prestado. Después de haber visto el estado en el que habían quedado sus chozas, mal podíamos echarles en cara el robo; ellos necesitaban las mantas más que nosotros” (Hachiya, 1945/2005: 189).

El médico afronta la situación contradictoria del robo como una conducta censurable, pero al mismo tiempo muestra los sentimientos relacionados con la compasión y empatía con aquellos que lo perdieron todo; así, justifica el acto valorando la necesidad de los refugiados sobre las del hospital.

Este médico reconoce en sus escritos que, aun en medio de la explosión nuclear, se puede esperar que se respete el servicio médico por tratarse de un establecimiento neutral, y busca defender a los pacientes y a la institución; tiene la esperanza y la tenacidad, a pesar de estar enfermo, de defender la vida sobre todo: *“Lo más prudente, pensé, es escribir carteles en inglés, fijarlos cerca de cada entrada, izar una bandera de la Cruz Roja en el balcón. Cuando vieran que esto era un hospital, comprenderían nuestra responsabilidad para con los pacientes y no provocarían incidentes” (Hachiya, 1945/2005: 190).* En este caso se observa la forma en que el médico busca estrategias

que le permitan actuar en beneficio de la comunidad enferma a la que siente que debe proteger.

Para los investigadores Reinisch y Smith, después de 1945 la comunidad médica alemana se sometió a un autoexamen que incluía interrogantes profundos relacionados con la integridad ética y la lealtad política. La llamada medicina nazi fue utilizada como un arma intrínsecamente militarizada, autoritaria y antidemocrática (Reinisch, 2007); involucró acciones médicas que propendían a cuestiones raciales a través de procedimientos científicos que buscaban la selección y eliminación de los que no pertenecieran a una descendencia alemana, lo que generó graves consecuencias para la salud y la ética médica (Smith, 2008a). Los médicos, por lo tanto, estaban al servicio de objetivos científicos militares y no del bien común de los pacientes.

Para Smith, en el caso de Alemania se registran reportes de guerra y estudios relacionados con la participación de los médicos en las torturas, exterminios y experimentaciones orientadas por los ideales del partido Nacional Socialista. También durante la Segunda Guerra Mundial, los científicos financiados por el gobierno de Estados Unidos llevaron a cabo experimentos de gas mostaza en soldados estadounidenses como parte de la preparación militar para la guerra química potencial (Smith, 2008b). De esta forma, se visibiliza cómo el médico y su conocimiento son ejes centrales en el desarrollo de la guerra, y sus acciones se convierten en poder para cada uno de los involucrados.

Riquelme (2006) realizó una investigación histórica descriptiva alrededor de la oposición profesional que se presentó en el nacionalsocialismo frente a los crímenes cometidos por los médicos nazis. Registra las experiencias de médicos que permanecieron en el nacionalsocialismo con el fin de salvar sus vidas y que en la medida de sus posibilidades intercedieron por salvar la vida de algunos pacientes que estaban a su alcance, conformando un aislado bloque profesional de oposición. Se conformaron tres grupos: oposición a casos aislados, por ideales humanistas; oposición por ideas humanistas y una posición política liberal; y un último grupo menor que hace oposición total al régimen nacionalsocialista. Llegaron a falsificar certificados médicos para proteger del trabajo forzado a algunos trabajadores de la industria de armamentos y

del servicio militar. Sin embargo, fueron escasos y en muchos casos ponían en riesgo la vida misma.

En 1935 el régimen formuló la ley para establecer un reglamento a fin de que los funcionarios profesionales trabajaran en la purificación de la raza alemana en la docencia e investigación universitarias; los médicos que se opusieron terminaron en el exilio o en campos de concentración. Los médicos nazis involucraron en sus decisiones a los médicos prisioneros con el fin de compartir la responsabilidad en la elección de los prisioneros que se iba a eliminar; incluso en el testimonios de médicos que fueron obligados se relata que aún cargan en su conciencia la culpa y la tristeza de tener que llevar ante los alemanes a los enfermos que no podían trabajar más, pero decían que era una cuestión de sobrevivencia (Riquelme, 2006).

Riquelme documentó escritos en los cuales los médicos justifican su participación en asesinatos: ejecutar a jefes de bloque en los campos de concentración cuando maltrataban y cometían asesinatos, a pacientes que ponían en riesgo de muerte a otros y en la participación en abortos encubiertos y muerte a recién nacidos. Sin embargo, relatan "sufrimiento moral y físico" por las decisiones tomadas, mínimamente compensadas por la cantidad de vidas salvadas (Riquelme, 2006). Se documentan casos en los que médicos prisioneros actuaban como delegados de los comandantes de la SS en los campos de concentración y se transcriben testimonios de prisioneros que afirman que en estas condiciones *"el médico no piensa nada del enfermo... antes de ocupar el puesto, fue golpeado por la SS, pero ahora tiene una blusa blanca, duerme en un cuarto calentito y no acude al llamado"*. El médico estaba aterrorizado por los comandantes; su situación le permitía un refugio, pero también estaba comprometido con ellos y se veía obligado a maltratar a sus compañeros encerrándose en un círculo de odio y desprecio (Riquelme, 2004b: 117-141).

2.3 *El terrorismo y guerras de intervención*

A continuación se reseñarán estudios realizados por varios investigadores sobre este tipo de experiencias. En relación con el terrorismo, Gross señala que, después del ataque a las torres gemelas el 11 de septiembre de 2001 en Nueva York, suceden

cambios en los patrones de seguridad mundial. Este autor ha hecho estudios que evidencian las excepciones y tendencias de Estados Unidos para eximirse de obligaciones establecidas en acuerdos internacionales cuando se enfrentan emergencias nacionales, es decir, practican y toleran las tácticas de tortura, chantaje y asesinato (Gross, 2010c).

En sus investigaciones, Gross propone el análisis bioético de las situaciones que generan dilemas fundamentales para la medicina en época de guerra relacionados con los derechos del paciente, la justicia distributiva, la tortura interrogativa y la guerra no convencional. Intenta resolver estos dilemas haciendo uso de los principios vigentes de la ética biomédica, como el respeto por la autonomía y la beneficencia, pero considera que son insuficientes al considerar las exigencias de la guerra, lo que lleva con frecuencia a los médicos a luchar contra la enfermedad y las lesiones como si no estuvieran en un contexto de guerra contra un adversario armado.

En razón de lo expuesto, Gross señala que ocurren situaciones relacionadas con la medicina que condenan la participación médica en la tortura y el desarrollo de armas no convencionales y, al mismo tiempo, generan poca tolerancia por la violación de normas de consentimiento informado, confidencialidad y justicia distributiva. Este autor concluye que durante la guerra, sin embargo, el espectro de necesidad militar llega a su máximo nivel, controlado solamente por los principios de proporcionalidad y utilidad. De esta forma, la ética de la medicina y la de la guerra son completamente extrañas la una de la otra, llevando a conflictos de principios y a conclusiones muy diferentes sobre la práctica médica durante tiempos de guerra (Michael Gross, 2006a).

Por ejemplo, el reservar información médica genera dos problemas que el argumento de la necesidad militar no considera: primero, se pasa por alto el daño causado a los ciudadanos, cuyos intereses algunas veces anulan la necesidad militar. Segundo, el argumento utilitario pone el escenario para justificar la guerra biológica, al permitir que el enemigo muera de una enfermedad prevenible sin pagar un precio moral (Michael Gross, 2006b).

De acuerdo con la anterior postura, se abre un debate alrededor de la profesión médica. Susser considera que los atentados del 11 de septiembre de 2001 y la amenaza inminente de bioterrorismo implican un cambio en la perspectiva del ejercicio médico y

de la salud pública en tiempos de conflicto armado, que generaron en Estados Unidos una política de seguridad nacional en que la medicina y el médico se convierten en un elemento central (Susser & Susser, 2002).

Jeff considera que si se presentan amenazas terroristas y ocurre un ataque armado, es necesario realizar ataques preventivos, rechazando las políticas de derechos humanos de la Organización de Naciones Unidas (ONU). A partir de estos acontecimientos, Jeff inicia una investigación en la que establece que la estrategia de Seguridad Nacional de Estados Unidos tiene lineamientos para la tortura asistida, interrogatorios preventivos y la obtención de información utilizando asistencia médica (Jeff, 2006). En estos casos, los médicos se encuentran involucrados en interrogatorios, tortura asistida y experimentación con armas químicas y biológicas. A continuación se expondrán los resultados de investigaciones realizadas que profundizan en estas categorías.

Respecto al terrorismo se encuentran estudios relacionados con la prevención de la participación de los profesionales de la salud en la tortura, desde una perspectiva jurídica, reconociendo la necesidad del cumplimiento de las obligaciones profesionales de los médicos, abogados y militares. Annas considera que los médicos deberían respetar los preceptos universales de cuidar la salud, los abogados deberían defender los derechos humanos y los militares cumplir la normativa internacional de los convenios de Ginebra y leyes de guerra justa (Annas, 2005). Sin embargo, en otros estudios se reconoce que la acción de la medicina y la acción militar se encuentran en lados opuestos desde la perspectiva del cuidado.

Enemark propone que por un lado están la muerte, la destrucción y los imperativos militares y por el otro la práctica de la medicina, la preservación de la vida y el tratamiento de la enfermedad. El médico, cuando se encuentra en esta situación, se enfrenta, en primer lugar, a elegir entre los soldados y civiles heridos, quién recibe el tratamiento y cuándo; y, en segundo lugar, a decidir entre los imperativos militares y los deberes médicos. Los autores de estos trabajos proponen, para reducir la tensión enunciada, que en la práctica se incluyan mayores recursos de personal a fin de cubrir tanto víctimas civiles como militares; en el caso de la asistencia a torturas e interrogatorios, se concluye que esta función no es terapéutica y por lo tanto debe ser

sancionada (Enemark, 2008). Por su parte, Keram (2006) indica que, en este sentido, la Asociación Americana de Psiquiatría emitió una declaración donde manifiesta que los psiquiatras no deben participar en el interrogatorio de personas mantenidas en custodia militar o civil por investigaciones de carácter legal (Keram, 2006).

Okie (2005) encontró en sus investigaciones que los interrogatorios de prisioneros con participación de médicos deben calificarse como abusivos. Sin embargo, son escasos los registros públicos de supervisión clínica, seguimiento y tratamiento que se conocen. Acerca de la prisión de Guantánamo, existen archivos desclasificados por el FBI que evidencian la utilización de diversas estrategias de interrogación a prisioneros que incluyen la intimidación con perros, la privación prolongada del sueño, la humillación, el sometimiento a bajas temperaturas, la exposición prolongada a música a alto volumen y la utilización de infusiones intravenosas obligatorias, todos estos procedimientos suministrados y vigilados por médicos que pertenecen a un equipo de consulta de ciencias de la conducta –BSCTs, siglas en inglés– (Okie, 2005).

Miles (2007) analiza la participación de psicólogos y psiquiatras que conducen las sesiones para evaluar y evitar la muerte de los prisioneros; sin embargo, el personal médico no ha denunciado estos abusos. En el caso de Irak, se evidencia el uso de historias clínicas y de información recibida por los médicos en las consultas de los prisioneros como estrategia de tortura, ya que los médicos entrenan a los interrogadores en los aspectos que han detectado que pueden ser explotados o manipulados (Miles, 2007).

Keram (2006) indica que en junio de 2005 el New York Times publicó un relato de entrevistas con ex interrogadores de Guantánamo, quienes manifestaron que los médicos militares les habían aconsejado sobre los métodos de aumento de la tensión psicológica a los detenidos, incluyendo la explotación de los miedos particulares de un individuo y las fobias. Por su parte, los detenidos indicaron que habían confiado a su médico que padecía una fobia severa a la oscuridad, y luego los médicos dieron a los interrogadores esta información y sugirieron la forma en que podrían ser coaccionados a cooperar con el interrogatorio (Keram, 2006).

Bloche y Marks realizan un análisis del conflicto y la participación médica en Guantánamo y afirman que estas prácticas están fuera de los preceptos éticos del

profesional médico; sin embargo, se considera que la confidencialidad y privacidad no son obligaciones absolutas, ya que existe la prioridad de evitar amenazas mayores para la seguridad nacional (G. Bloche & Marks, 2005a). En relación con este aspecto, Okie registra un informe confidencial del Comité Internacional de la Cruz Roja, recibido por el gobierno de los EE. UU. en julio de 2004, que se filtró a los medios de comunicación y reveló que algunas de las técnicas utilizadas, como la tortura y los interrogatorios forzados, son guiadas por el personal médico, que proporciona a los interrogadores información acerca de las vulnerabilidades psicológicas de los prisioneros (Okie, 2005). Los médicos que realizaron estas acciones no creen que esas prácticas no sean éticas.

Por el contrario, Bloche y Marks consideran que cuando realizan estas funciones no actúan como médicos y por lo tanto no están obligados a cumplir las obligaciones éticas orientadas al paciente. Un alto funcionario estadounidense a cargo de asuntos de defensa y salud en las bases de Guantánamo e Irak declaró que: *“Los médicos asignados a la inteligencia militar, no tienen relación médico-paciente con los detenidos y, en ausencia de la vida en peligro de emergencia, no tienen obligación de ofrecer asistencia médica”* (G. Bloche & Marks, 2005b). Keram confirma que esta visión es presentada también por un alto portavoz del Pentágono entrevistado por Times, quien informó que los médicos no violan los principios de ética médica al asesorar a los interrogadores porque no están tratando a los pacientes, sino que actúan como científicos de la conducta; incluso el Pentágono ha publicado un memorando que hace referencia a los principios y procedimientos médicos a seguir en el tratamiento de los detenidos (Keram, 2006). Gross, por su parte, indica que estos se basan en el establecimiento de buenas relaciones con los interrogados con el fin de establecer lazos de confianza que permitan identificar en los detenidos *“emociones primarias, valores, tradiciones y características”*, y usarlas para lograr cooperación en obtención de información (Gross, 2010b).

Bloche & Marks, con el fin de comprender cómo los médicos justificaban sus acciones en términos éticos, realizaron entrevistas a los involucrados en estas instituciones, que fueron evasivos en compartir sus observaciones. Al negar la condición de médicos, los militares médicos comparan sus actividades con las que realizan los psiquiatras forenses y los médicos ocupacionales, quienes dan conceptos de carácter

legal a partir de sus valoraciones. Sin embargo, es claro que se violan acuerdos de carácter internacional que establecen que la tortura física o mental no se puede practicar a los prisioneros (G. Bloche & Marks, 2005b).

2.4 Casos de dictaduras en Latinoamérica

Al realizar la búsqueda de trabajos relacionados con el ejercicio de la medicina y la guerra, se encuentran antecedentes que recogen las experiencias de Argentina, Chile, Brasil, Uruguay y Perú.

En Argentina, las investigaciones se relacionan con la participación de médicos en la desaparición de familias y niños recién nacidos. El informe internacional de la Asociación Civil Abuelas de Plaza de Mayo (2008) denuncia el caso del médico Bianco:

“Bianco traía personalmente a las detenidas desaparecidas embarazadas desde el lugar de detención, llamado ‘el Campito’, al pabellón de Epidemiología. Estaban atadas de pies y de manos con los ojos vendados. Eran alojadas en una sala general en compañía de detenidos heridos y niños. Se los denominaba los NN o los subversivos. Programaban los partos según lo avanzado de la gestación. Cuando Bianco y Caserotto decidían los nacimientos por operación cesárea, las parturientas eran alojadas en unos cuartos individuales del mismo pabellón, eran revisadas por las parteras y las cesáreas se realizaban en área de Ginecología a cargo de Caserotto. Cuentan las obstetras que las detenidas estaban atadas con los ojos vendados y con prohibición de hablar, que en la hoja de enfermería no figuraban sus nombres y sus apellidos, solamente NN. Los partos casi siempre los realizaban los médicos militares y por las noches. Usando algunas veces técnicas en desuso o experimentales” (APM, 2008).

En esta narración se evidencian algunas de las acciones que realizaba el personal de salud que implicaban violación del código de ética profesional. Se vulnera la autonomía de las pacientes, la beneficencia y se cometen injusticias que implican la utilización del conocimiento médico para realizar acciones en contra de los mismos. Además, el médico participaba en un acto que desconfiguraba la relación médico-paciente, al someter a condiciones indignas a las embarazadas, apoyando así,

claramente, ideales ajenos a la profesión y perdiendo la neutralidad que debería tener por tratarse de un trabajador de la salud.

En el informe de la Comisión Nacional sobre desaparición de personas (1985) se describe lo siguiente:

“Una vez nacida la criatura, la madre era ‘invitada’ (con toda formalidad) a escribir una carta (la que sin excepción permanecía en actas) a sus familiares a los que supuestamente les llevarían el niño... El entonces director de la ESMA, capitán de navío Rubén Jacinto Chamorro, acompañaba personalmente a los visitantes, generalmente altos mandos de la Marina, para mostrar el lugar donde estaban alojadas las prisioneras embarazadas, jactándose de la ‘Sardá’ (Hospital de maternidad de Buenos Aires) que tenían instalada en ese campo de prisioneros... Por comentarios supimos que en el Hospital Naval existía una lista de matrimonios de marinos que no podían tener hijos y que estarían dispuestos a adoptar hijos de desaparecidos. A cargo de esta lista estaba una ginecóloga del nosocomio” (CONADEP, 1985: 303).

La ginecóloga se encontraba entre dos posibilidades: participar en las actividades de encubrimiento del robo de recién nacidos o la denuncia; en este relato la médica tomó finalmente la decisión de favorecer actividades propias del régimen que están en contra de sus deberes profesionales. De esta forma, se verifica que los médicos participaron en las acciones de desaparición y encubrimiento de actividades ilegales y violatorias de los derechos humanos.

En este informe de la comisión argentina, también se denunció el funcionamiento de un campo de detención en un hospital, donde en los interrogatorios participaban tanto personal médico como militar: *“Allí me encañonaron y colocaron los brazos a la espalda. Por la noche me sacaron en una camioneta y después de dar varias vueltas me dijeron que estaba en Campo de Mayo. Sin embargo me di cuenta que estábamos en la parte de atrás del Policlínico” (CONADEP, 1985: 177).* Los hospitales cuentan con un estatus de protección ante el derecho internacional humanitario, por lo que no se esperaría que acciones que están en contra de la vida y la autonomía se llevaran a cabo en estas instituciones; no obstante, en los relatos de las dictaduras es muy frecuente que se utilicen como centros de detención, en los cuales el personal de salud realiza seguimiento e interrogatorios a los detenidos.

En Chile, el Comité de Defensa de los Derechos Humanos del Pueblo (Codepu), en 1996, denunció los crímenes y torturas realizadas durante el periodo de dictadura del general Augusto Pinochet, tales como acciones ordenadas y cometidas desde el poder e infligidas por funcionarios públicos en algunos casos vinculados al área de la salud (CODEPU, 1996). En 1990 este comité realizó un estudio de mujeres embarazadas detenidas y desaparecidas en Chile durante la dictadura. Se registran casos como el siguiente:

“Michelle Peña Herreros es la única que desaparece el año 1975, el día 20 de junio. A Michelle nadie la vio jamás en ningún centro de reclusión. Por su madre, Gregoria, hemos obtenido antecedentes que nos indican que ella fue trasladada antes del parto al Hospital Militar y luego al Hospital de la Fuerza Aérea, en donde habría nacido su hijo” (CODEPU, 1990: 24).

Se puede observar que el rol de los médicos en la desaparición de recién nacidos es común en los regímenes de dictaduras en América Latina; es una forma de asegurar políticamente el mantenimiento de esta forma de poder, educando bajo el régimen a los niños a fin de garantizar que no exista la oposición.

Riquelme (1995) describió que en Chile existen pruebas sobre la participación de médicos encapuchados en las torturas, que se encargaban de controlar el nivel de violencia utilizada, para que no se produjeran muertes y de dar atención de urgencia al torturado. La Comisión Ética del Colegio Médico de Chile plantea que la participación de los médicos en las dictaduras incluía evaluación de la capacidad de la víctima para resistir la tortura, supervisión de la tortura (y atención médica si hay complicaciones), enseñanza de parámetros médicos para ejercer tortura, falsificación de información médica, ocultación de casos de violación de derechos humanos y aplicación de torturas, entre otros. Esta misma comisión emite en 1985 una resolución que estipula el trato médico a los detenidos, que incluye:

"El médico no deberá atender a una persona si: el médico está impedido de identificarse; se encuentra encubierto o encapuchado; el paciente se encuentra con la vista vendada para impedir que vea al médico; en un sitio de detención que no sea en su casa o en sitios públicos; en presencia de terceros que dificulten o alteren la relación

médico-paciente; el médico siempre deberá identificarse; ningún médico deberá participar en interrogatorios y además deberán escribir con letra clara y legible cualquier certificación, historia clínica o concepto acompañados de su firma e inscripción del colegio médico” (Riquelme, 1995: 57).

Por otra parte, Rivas (1990) considera que los médicos tuvieron un papel esencial en la dictadura chilena, ya que fueron cómplices en la represión y por lo tanto *“traicionaron su juramento hipocrático”*. Esta situación la expone el investigador mediante la opinión del Dr. Guido Díaz, quien fuera médico de sanidad militar encargado de los detenidos políticos: *“Creo –dice– que la tortura es un grado extremo de apremio físico y que el apremio físico, sin provocar lesiones, es legítimo”* (Rivas, 1990: 128).

Sobre Brasil, Frajman (2009) reconoce que el diagnóstico de suicidio se utilizó como argumento por la dictadura en los casos de homicidio. Detalla el caso del periodista Wladimir Herzog, quien fue desaparecido y torturado por la policía el 19 de julio de 1971 y apareció después como NN con signos de tortura y con un dictamen de patología forense que certificó como causa de muerte un *“suicidio al tirarse debajo de un auto en la autopista hacia el sur del país”* (Frajman, 2009: 43). El certificado de defunción fue expedido por un médico, de lo cual se puede deducir que en el ejercicio profesional existió complicidad de los patólogos implicados. Riquelme (1995) registra que la política del Ministerio de Guerra de Brasil en 1956 justificaba el maltrato psicológico asistido sobre el físico, ya que era preferible *“una cicatriz mental a una física”* (Riquelme, 1995).

Bloche (2007) describe que en Uruguay se utilizó información extraída de historias clínicas realizadas por médicos, psicólogos y psiquiatras, quienes en caso de no participar eran sancionados, torturados o encarcelados. El psicólogo Alberto Milkewitz, en 1982, no obedeció las órdenes de informar a los comandantes sobre las historias de sus pacientes, por lo que fue arrestado e incomunicado con el siguiente argumento: *“Indica una absoluta falta de comprensión acerca de sus obligaciones como integrante de las Fuerzas Armadas al expresar que no podía suministrar información acerca de sus conversaciones con reclusos porque su ética como psicólogo no lo permitía”* (M. G.

Bloche, 1987: 6). Se encuentran también argumentos de médicos como el expresado por el Dr. Rivero, psiquiatra de un penal en Uruguay, ante las acciones que estaban realizando los militares: *“Yo estaba limitado a mi función, así ignoraba algunos aspectos y existían algunos aspectos que yo deseaba ignorar... Eso no entraba en mis labores. Yo soy un médico”* (M. G. Bloche, 1987: 40). También la gran mayoría acepta haber revelado información confidencial de las historias clínicas: *“Casi todos los clínicos militares admitieron haber revelado información sobre el estado médico o psicológico de reclusos a las autoridades militares sin el consentimiento o el conocimiento de los presos”* (M. G. Bloche, 1987: 5). Puede observarse cómo los médicos están continuamente enfrentados a realidades opuestas a sus lineamientos profesionales; algunos optaron por oponerse, otros ignoraron lo que sucede y los demás terminaron involucrados en estas actividades. Sería necesario indagar las motivaciones que llevaron a cada uno de ellos a actuar de esta forma.

Riquelme (1995), en su investigación sobre el ejercicio médico en las dictaduras latinoamericanas, describe que en Uruguay se registró la muerte de un médico en la tortura, a consecuencia de lo cual se creó en el sindicato médico la Comisión Nacional de Ética Médica, para constatar las acusaciones contra los médicos militares. También afirma que en este país sucedieron pocas muertes durante las torturas, debido a la asistencia de médicos que mantenían las funciones vitales de los detenidos y a que el personal militar fue entrenado por personal de salud para producir dolor sin dejar huellas físicas. Este autor documenta experimentos realizados en los centros de reclusión donde se sometía a los detenidos a exámenes que pretendían establecer relaciones entre las sanciones punitivas y la incidencia de problemas psiquiátricos. Balbi presenta el caso de un médico uruguayo que narra la forma en que le enviaban de sanidad militar al hospital personas fallecidas durante la tortura para que él certificara como causa de muerte el estrés:

“Yo estoy legalizando para que al tipo lo entierren y se lo saquen de encima los responsables de su muerte... El juez me preguntó qué era el estrés y le aclaré que era un montón de pequeñas cosas que por sí solas no son la causa de muerte: sacarle el cigarrillo que fuma, ponerle la música fuerte, echarle pulgas, darle golpes; pero que producen una desintegración tal de resistencias físicas que cuando lo mandan al

‘submarino’ y el muchacho se siente asfixiado hace un esfuerzo desmedido por no ahogarse y esto, en un organismo ya claudicado, produce la falla cardiaca que lo mata...” (Riquelme, 1995: 54).

Según el informe de la Comisión de la verdad y reparación peruana, durante la dictadura de Alberto Fujimori se ejecutó un programa de esterilización forzosa para mujeres, principalmente indígenas. Getgen realiza una compilación de los principales resultados y presenta la forma en que las mujeres eran sometidas a ligadura de trompas en los centros de distribución de alimentos, se condicionaba la recepción de ayuda alimentaria a la realización de este procedimiento y muchas veces ni siquiera fueron informadas de la irreversibilidad del método ni de los efectos secundarios, siendo común que los médicos mintieran al afirmar que aquel era el único método de planificación familiar. Al respecto hay que decir que el gobierno peruano de aquella época exigía un número mensual de procedimientos de esterilización definitivos para suministrarles medicamentos e insumos a los centros de salud (Getgen, 2004).

Por último, Riquelme (2004) realizó una exhaustiva revisión del ejercicio médico en las dictaduras de Argentina, Chile y Uruguay, analizando la forma en que los códigos de ética profesional entraban en conflicto con las prácticas realizadas por los trabajadores de la salud y afirmando que estas máximas éticas solo representaron buenos propósitos y no obligaciones de acción practicadas en los tiempos de dictadura. Reconoce que los profesionales de la salud aumentaron la capacidad técnica y legitimaron los sistemas represivos ante la sociedad, teniendo en cuenta el importante rol que los médicos representan para los ciudadanos. También considera que en este periodo el ejercicio profesional médico se puede clasificar en dos categorías: una relacionada con el incumplimiento de las máximas profesionales y otra ligada a la defensa de los derechos humanos y la práctica adecuada.

Riquelme realizó también una investigación empírica que buscó caracterizar la situación de los médicos bajo un régimen totalitario, utilizando entrevistas semi estructuradas y análisis de contenido. Entrevistó 48 médicos de Argentina, Chile y Uruguay y analizó las categorías presentación personal, opinión vivencial sobre el gobierno militar, posición sobre violaciones de derechos humanos perpetradas por médicos, opiniones sobre conflictos actuales de ética médica y escenificación de

situaciones de riesgo ético. Este investigador indagó la posición ética que asumirían los médicos ante situaciones relacionadas con la dictadura en aspectos identificados previamente como los más frecuentes. Sobre la expedición de certificados de defunción y salud falsos en personas detenidas, los entrevistados expresaron opiniones diversas, que incluían la descalificación de esta actividad, la justificación relacionada con el perfil profesional del médico (si era militar o civil) y la aceptación del hecho si existía peligro de muerte para el médico. En el caso de realizar un examen médico de personas bajo custodia militar con los ojos vendados, entregar recién nacidos a terceros cuando sus padres se encuentran en prisión y la participación en torturas, los médicos entrevistados consideraron estas acciones como sancionables jurídicamente (Riquelme, 1995).

Respecto a la violación de los principios de ética profesional, Riquelme (2004) indica que se presentan praxis alienadas, participación en torturas, abuso en los hospitales y utilización de técnicas psicológicas para tortura. Asimismo, destaca la complicidad entre la medicina y la justicia para legitimar falsos testimonios, al expedir certificados de defunción, generando falsos documentos de buen estado de salud después de torturas e interrogatorios y la apropiación ilícita de la descendencia. En relación con la defensa de los derechos humanos y la buena praxis médica en condiciones de represión dictatorial, Riquelme reconoce el trato no discriminatorio con la defensa del derecho al tratamiento: *“Pedí que nos abocáramos al tratamiento de urgencia del Sr. Z. y se me indicó que él podía esperar, pues había también un militar herido. Insistí en que la primacía médica era atender al más grave, sin que imperen otras consideraciones, y me aboqué a tratar al Sr. Z...”* (Riquelme, 2004a: 9). También hubo casos en los cuales los profesionales se negaron a obedecer órdenes para evitar el daño a los pacientes y se registró la creación de consultorios clandestinos para atender en anonimato prestando un servicio adecuado.

Riquelme expone que en la actualidad continúan desaparecidos 500 trabajadores de la salud en Argentina. Describe la respuesta de las asociaciones de médicos en los países involucrados, relacionada con la denuncia de las prácticas violatorias de los derechos y el respaldo a los casos de oposición y defensa de los derechos humanos. Finalmente, concluye que aún falta recorrer un largo camino antes de que el postulado

kantiano de actuar de acuerdo con máximas que puedan ser universales se convierta culturalmente en un lugar común (Riquelme, 2004a).

2.5 Médicos y guerra en Colombia

Según la Organización Mundial de la Salud, la muerte por conflictos armados se convertirá en 2020 en la principal causa de mortalidad y la octava causa más común de discapacidad a nivel mundial; en la actualidad 300.000 muertes al año se atribuyen directamente a los conflictos armados. Para Buhmanna y colaboradores, es evidente que el conflicto violento es un serio problema de salud tanto para la comunidad como para los trabajadores de la salud que en forma individual se enfrentan con las consecuencias inmediatas para la salud y la práctica cotidiana (Buhmanna, Barbarab, Aryac, & Melf, 2010).

En un estudio sobre la violencia política realizado por el Centro de investigación y Educación Popular (CINEP), se puede diferenciar el conflicto armado colombiano en acciones bélicas y acciones violentas. Las acciones bélicas incluyen aquellas que ocurren en un conflicto armado no internacional y cumplen las normas legítimas de la guerra. Las acciones violentas contra la población civil, son violaciones del Derecho Internacional Humanitario (DIH) e incluyen el empleo de armas prohibidas e ilícitas, el desplazamiento forzado, ataque a misiones médicas y humanitarias, ataque contra bienes civiles, culturales y religiosos y el trato indigno al ser humano como el homicidio, la tortura, la violencia sexual y el reclutamiento a menores de edad (CINEP, 2000).

Las reglas de este conflicto armado interno traspasan los límites del DIH. Según la investigadora Palacios, en Colombia se presenta una lucha por territorios, donde el control social, el control del suelo, los cultivos ilícitos, el control de vías, los intereses económicos y el poder político representan causas de enfrentamiento (Palacio & Cifuentes, 2005).

En este contexto, en Colombia el ejercicio médico profesional se encuentra inmerso en medio de actores armados diversos que incluyen paramilitares, guerrillas, grupos criminales, fuerza pública y delincuencia común. En la mayoría de los casos, según investigaciones realizadas por Echandía, los enfrentamientos se realizan sin

respetar las normas de la guerra y predominan las acciones violentas que involucran la violación al DIH. Es así, como en la década de 1980 se registraron acciones violentas en un 53% de los departamentos y durante los años 90's aumentaron a un 67%(Echandia, 2001).

Estos municipios en los años 80 fueron reconocidos por las secretarías de salud departamentales como “Zonas Rojas”. Estas se caracterizaron por un alto índice de ataques armados a poblaciones y por contar con la presencia de actores de conflicto armado. A su vez, se registra el inicio del fenómeno del narcotráfico y el paramilitarismo que dinamizan el conflicto (Niño, 1999). En estos lugares, los médicos prestaban servicio social obligatorio solamente por seis meses debido a la complicada situación de orden público.

En el año 1991 se reconoce en la Constitución Política de Colombia que existen zonas especiales de conflicto armado y se concede al Presidente de la República el poder de declarar estados de conmoción interior (Presidencia, 1995). Las zonas de orden público se definen como *“lugares del territorio nacional que presentan alteraciones de orden público relacionadas con el conflicto interno”* (Presidencia, 1996).

En el periodo comprendido entre 1992 y 1999, se declaran en numerosas oportunidades zonas especiales de orden público que determinan regiones de alto riesgo y generan desplazamientos masivos de población. Entre estas se destacan el Magdalena medio, el Urabá antioqueño, Arauca, Casanare, el Oriente de Boyacá, el Sur Occidente del país, Caquetá, Putumayo, Guaviare Córdoba, Sucre y el Catatumbo(Barón, 2007; Garcia de la Torre & Aramburo, 2011; Giraldo & Laverde, 2009; Molano, 2010; Vásquez, Vargas, & Restrepo, 2011).

Durante el periodo del 2000 y el 2010, se definen las zonas de rehabilitación y consolidación como respuesta a la política de seguridad democrática. Se definen como áreas geográficas afectadas por acciones de grupos criminales donde resulta necesario la aplicación de medidas excepcionales de la fuerza pública con el fin de proteger a la sociedad civil (Presidencia, 2002a). Se delimitan como zonas de rehabilitación el departamento de Arauca; los municipios de Mahates, María La Baja, Calamar, El Guamo, San Juan de Nepomuceno, San Jacinto, Carmen de Bolívar, Córdoba y Zambrano, en el departamento de Bolívar; y los municipios de San Onofre, Colosó,

Chalán, Ovejas, Tolú Viejo, Sincé, Galeras, El Roble, San Pedro, Corozal, Sincelejo, San Juan de Betulia, Los Palmitos, Morroa y Buenavista, en el departamento de Sucre (Presidencia, 2002b).

En el informe del CINEP del año 2010, se caracterizan zonas que en los últimos 20 años han padecido las consecuencias del conflicto armado irregular con acciones bélicas y violentas destacando el Magdalena Medio, Sur de Bolívar, Arauca, Guaviare, Caquetá, Urabá, Putumayo, Antioquia, Cauca, norte del Valle, Catatumbo, Huila, Tolima, Meta y regiones especiales de Cundinamarca (CINEP, 2000).

Es necesario aclarar que en Colombia se reconoció el conflicto armado interno solo hasta el 10 de junio de 2011, con la expedición de la Ley 1448 que declara que a partir del 1 de enero de 1985 se han presentado víctimas por el conflicto armado interno. Es decir, que hasta 2011 el Estado colombiano reconoce que el país está en una situación de guerra interna en que, de acuerdo con el interés de esta investigación, los médicos están sometidos a situaciones propias de un contexto bélico como las descritas en el desarrollo de este trabajo (Colombia, 2011). El reconocimiento tardío del conflicto armado implicó que, durante muchos años, los médicos realizaran su práctica médica sin ser protegidos por el Estado como misión médica en situación de conflicto, aun cuando desde inicios del mismo, los médicos han estado inmersos en una red multicausal y multidimensional que los ponen en riesgo dadas las condiciones irregulares del conflicto.

Según el informe de la Presidencia de Colombia (2009), la violencia está afectando directamente a los trabajadores de la salud. En los últimos catorce años hubo 796 casos de infracciones hacia la misión médica que incluyeron amenazas, asesinatos, desplazamiento y secuestros. De acuerdo con un reporte de la Dirección General de Emergencias y Desastres del Ministerio de la Protección Social, las agresiones van dirigidas directamente contra los trabajadores de la salud y la población civil. Se presenta el registro de 290 personas amenazadas, 142 asesinadas, 109 desplazadas de sus lugares de trabajo, 108 secuestradas y 33 casos de trabajadores de la salud heridos. Se han reportado, asimismo, 18 casos de personas desaparecidas, 13 detenidas y 4 torturadas. Durante este tiempo ocurrieron 70 robos de medicamentos o equipos, en 67

oportunidades los violentos restringieron o prohibieron la oferta de servicios, atacaron 55 centros de salud y 46 medios de transporte (PRC, 2009).

Las investigaciones realizadas en Colombia que involucran a los médicos se desarrollan básicamente en tres categorías: el registro de misión médica, los lineamientos y protocolos de atención para heridos de guerra y las relacionadas con la acción humanitaria.

El registro de misión médica en Colombia se realiza principalmente por el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR & MPS, 2011), Médicos sin Fronteras (MSF, 2010a) y el Ministerio de Protección Social (PRC, 2009).

García muestra los tipos de violaciones más frecuentes a los profesionales de la salud en Colombia, que incluyen la presión para violar el secreto profesional y la intimidación. Se han denunciado casos de médicos que deben revelar la identidad de sus pacientes porque son amenazados y por lo tanto eligen salvar su propia vida. Al mismo tiempo, se conoce que en los casos en los cuales no proporcionan los datos son acusados y señalados por cada uno de los actores y se ven obligados a abandonar la institución de salud donde prestan sus servicios (García, 2004).

Los protocolos médicos de atención a víctimas en conflicto armado fueron publicados por el CICR en febrero de 2011; allí se dan los lineamientos de manejo médico y quirúrgico para las patologías más frecuentes con relación a heridas por explosivos, minas antipersonales, heridas por arma de fuego, quemaduras y trauma psicológico (CICR & MPS, 2011).

Los delitos relacionados con mujeres víctimas de violencia, agresiones sexuales y secuelas psicológicas son visibilizados por MSF. En uno de los informes de MSF, un médico relata: *“Las historias de vida que he escuchado en mi consultorio son monotemáticas, son relatos de dolor, muerte, desesperanza y miedo, son fragmentos de vida saturados de una violencia irracional, que nos ponen en una condición deshumanizada y cruel ante nuestros congéneres”* (MSF, 2010b). Los médicos cuentan que realizan su práctica profesional en un contexto de continua violación de los derechos humanos a la vez que reconocen sus sentimientos respecto a estos actos y realizan acciones para propugnar el bienestar de sus pacientes. Sin embargo, se

desconocen las condiciones en torno a las situaciones dilemáticas para ellos, relacionadas con visibilizar esta situación que pone en riesgo su propia vida.

Para De Currea-Lugo la acción humanitaria es el “conjunto de actividades de protección y asistencia hacia las víctimas civiles o militares de los conflictos armados y desastres naturales, con el fin de aliviar el sufrimiento, garantizar la subsistencia y proteger los derechos humanos”. Sin embargo, en el caso de Colombia, al negar el conflicto armado y hablar de terrorismo, se niega la opción de aplicar el derecho internacional humanitario (De Currea-Lugo, 2006).

De Currea-Lugo realizó un estudio descriptivo sobre las infracciones a los derechos de la misión médica en el conflicto armado colombiano (1995-1998). Allí, analizó las infracciones contra la vida y la libertad personal, contra la infraestructura y contra la misión médica, actos de perfidia e infracciones contra el secreto profesional. Como resultado, reporta un sub-registro debido al miedo, hecho consumado (resuelto o no) y porque los profesionales consideran normal el hecho. Registró 468 casos en 3 años, con un mayor registro en la zona de occidente, seguido por la Orinoquia y la costa Atlántica. Respecto al tipo de infracción, reportó los atentados contra la vida y la integridad personal (72.9%), la infraestructura (13.3%), la misión médica (11%) y la perfidia (2.4%). También registró un 22% de homicidios y un 33% de amenazas principalmente a médicos y profesionales de enfermería. El autor considera que en Colombia las principales infracciones contra la misión médica son muerte de personal sanitario, daño en bienes, destrucción de instituciones, interrupción de programas de control de vectores y puesta en riesgo la prestación de servicios a heridos y enfermos, junto con las presiones sutiles, mensajes disfrazados, comentarios, rumores y falsas versiones sobre hechos que intimidan al personal de salud. Concluye que el sector salud no se respeta en el conflicto armado colombiano, los actos no son aislados sino frecuentes y graves (De Currea-Lugo, 1999).

Sobre este tema se destacan también las investigaciones de Franco (2007, 2008) en las cuales afirma que la guerra afecta negativamente la salud y la calidad de vida de las personas al traer consecuencias tales como: incremento en la mortalidad, impacto sobre la salud mental, alteración en las prioridades de salud y postergación de atención no urgente (los padecimientos de los pacientes se postergan para atender los heridos de

guerra), aumento de costos en la atención, alteración negativa en la comunicación de la salud (no se puede denunciar), mayor dificultad para las acciones de salud (campanas de vacunación), desplazamiento, secuestro e infracciones contra la misión médica (personal de salud e instalaciones, asesinato de profesionales de la salud, robo de ambulancias y violaciones del derecho humanitario) (Franco, 2007). En otro estudio realizado por este autor, relacionado con las infracciones contra la misión médica, se entrevistaron médicos en diversos departamentos. Un médico de Nariño relata: *"Hay que comenzar por proteger a quienes atienden las víctimas para que no haya más víctimas"* (Franco & Baez, 2008: 337).

En Colombia no se respeta a los pacientes heridos en combate, se limita el ingreso de medicamentos y brigadas de salud y se requiere de autorización de los actores armados para atender a la comunidad. También se han presentado casos de desplazamientos de médicos, tal como lo ilustra este testimonio: *"Me dijeron váyase hermano o está muerto y me colgaron. Estoy muy asustado, no pienso volver"* (Franco & Baez, 2008: 333-343).

Franco reporta que 40 profesionales de salud han sufrido detenciones arbitrarias en los últimos diez años y han sido acusados de colaborar con actores armados fuera de la ley. Reporta la violación del secreto profesional perpetrada por integrantes de la Armada Nacional en Puerto Merizalde (Valle del Cauca), en donde le dicen al personal de salud: *"Usted es auxiliador de la guerrilla, muéstranos el historial médico, vamos a revisar nombres de los pacientes. ¿Dónde está el archivo del hospital?"* (Franco & Baez, 2008: 340).

Urrego (2009) realiza una investigación desde la perspectiva de la historia desde abajo y la historia social de la salud en torno a las protestas del gremio médico por la represión del estatuto de seguridad en Colombia. En ella, describe que el presidente Turbay Ayala en 1978 expidió ese estatuto que permitía la retención, sin mandato judicial, de personas que atentaran contra la paz pública, propiciando así retenciones y maltratos de médicos. La investigadora registra un caso sucedido en octubre de 1978, cuando Odilio Méndez expidió un informe como médico legista del Instituto de Medicina Legal, donde ratifica el maltrato y las lesiones físicas y psicológicas a un grupo de estudiantes de la Universidad Nacional a manos de las fuerzas militares; como

consecuencia, el gobierno de Turbay procedió a despedir a los médicos firmantes y a nombrar otros que expidieron un nuevo informe descalificando el anterior. En este contexto, se evidenció la persecución al gremio médico en 1979; la autora registra movimientos sociales de médicos protestando contra la tortura de prisioneros y la criminalización del ejercicio neutral de la medicina y reporta que en ese periodo 32 médicos fueron considerados por Amnistía Internacional (AI) como presos de conciencia, detenidos por los militares en sus propias casas.

La autora transcribe el pronunciamiento de la Academia Nacional de Medicina, el 8 de junio de 1979, mediante un diario de circulación nacional, en el cual manifiesta que es lícito que un médico preste sus servicios a un guerrillero en cualquier sitio y hora, ya que la obligación del médico es salvar vidas, por lo tanto no existen disposiciones legales que obliguen al médico a revelar las actividades a las que se dedican los pacientes. Urrego señala también la persecución a los médicos en la época por atender enfermedades tropicales como la leishmaniasis, enfermedades consideradas propias de la selva y que, por lo tanto, las sufrían las personas que estaban en actividades ilegales, por lo que se consideraba legítimo que los militares fueran los únicos que podrían tener acceso a medicamentos y atención en estos casos. Por consiguiente, se restringió la venta de medicamentos para la leishmaniasis, la malaria y la vacuna de fiebre amarilla, situación ante la cual el médico podía formularla pero no podía acceder al medicamento para su paciente, pues su venta estaba restringida a las fuerzas militares. El asunto llegó a tal extremo, que incluso se llegó a poner preso a un médico por administrar la vacuna a la población.

Esta investigadora también relata las declaraciones del ministro de defensa Luis Carlos Camacho Leyva, quien consideraba una falta de ética médica el no denunciar casos en contra de la ley, ya que con ello se apoyaba tácitamente a la subversión. La Asociación Médica Sindical (AMS) respondió que, bajo el estatuto de seguridad, cualquier acto médico era considerado acto de subversión. La AMS también denunció que las Fuerzas Armadas colombianas obligaron a romper el secreto profesional. En un informe de AI, se evidenció que médicos militares o médicos que trabajaban para los militares no denunciaron maltratos ni torturas y falsificaron constancias médicas. La autora relaciona estas conductas con la entrada en vigencia del nuevo código de ética

médica promulgado el 20 de febrero de 1981, donde se prescribe que ningún médico podrá suspender labores y poner en peligro la vida de los pacientes cuando busque reivindicaciones como una forma de control y de pérdida de autonomía (Urrego, 2009).

Finalmente, se encuentra el trabajo de Sotomayor (2009), en el que se describe el despliegue y desarrollo de la medicina militar en Colombia. Este autor analiza las consecuencias epidemiológicas de la guerra, la contribución de los conflictos en el desarrollo médico-quirúrgico, especialmente en la medicina militar, la evolución de la legislación relacionada con organización sanitaria militar y los ataques a los dispensarios médicos convertidos en objetivo militar por las organizaciones armadas ilegales. Sotomayor recopila también testimonios, entre los cuales se encuentra una entrevista al doctor Gustavo Malagón, médico militar, que reconoce la dificultad para ejercer la medicina en el contexto geográfico:

“En las campañas militares contra las llamadas repúblicas independientes de Marquetalia, El Pato, Riochiquito y Guayabero, al no poderse evacuar tempranamente a los heridos en combate, los médicos y cirujanos no pocas veces tuvieron que limpiar de gusanos las heridas y amputar obligatoriamente extremidades afectadas” (Sotomayor, 2009: 303).

Ahora bien, en los últimos veinte años, han sucedido en Colombia numerosas masacres que hacen parte del conflicto interno, como las de La Rochela, Trujillo, El Salado y Bojayá; masacres que han sido denunciadas y visibilizadas por la Comisión Nacional de Reparación y Restitución de Tierras. Al leer los informes del grupo de memoria histórica delegado por el Estado colombiano para realizar estas investigaciones, se encuentran muy pocas referencias al personal de salud involucrado. A continuación se presentarán estos hallazgos relacionados con las instituciones y personal de salud en estas zonas.

En la masacre de La Rochela, municipio de Simacota, en el Magdalena Medio santandereano, fueron asesinados 12 miembros de una comisión judicial que investigaba crímenes de homicidios y desapariciones. En los relatos de los tres sobrevivientes se encuentra que, a pesar de estar heridos, al solicitar ayuda a dos ambulancias que pasaron por el lugar, no fueron atendidos:

“Los 3 sobrevivientes pudieron huir y estaban heridos, manejaban. El campero estaba muy averiado y le entraban solamente dos cambios: primera y segunda. Como a 500 metros finalmente se apagó. Pasó una ambulancia pero siguió sin hacer caso al pedido de auxilio. Arturo Salgado observó que faltando un cuarto para las cuatro pasó otra ambulancia y tampoco lo recogió” (CNRR, 2010b: 74-75).

Es evidente que la obligación del personal de salud que manejaba la ambulancia era recoger a los heridos. También se conoce que en estos casos cualquier ayuda que se preste a las víctimas del actor armado se cobra con la muerte del samaritano. Se desconoce el motivo real por el cual las dos ambulancias no prestaron ayuda; se supone que los tripulantes debieron enfrentar una situación dilemática, que finalmente resolvieron continuando con su camino. Precisamente este tipo de situaciones son las que se pretende visibilizar en esta investigación.

La masacre de Trujillo sucedió entre el 29 de marzo y el 17 de abril de 1990 en los municipios de Trujillo, Bolívar, La Sonora y Riofrío, ubicados en el norte del Valle del Cauca. Se registraron alrededor de 342 víctimas de homicidio, torturas y desaparición forzada, de las cuales solo son reconocidas 68. Un 4,8% de las víctimas de la masacre de Trujillo eran inspectores de policía, dirigentes políticos, trabajadores de la salud y religiosos (Tiempo, 1995). En el grupo de víctimas se encontraba Esther Capayú, enfermera del municipio de La Sonora, quien fue torturada y asesinada por el grupo paramilitar que la acusaba de “curar a los guerrilleros” (CNRR, 2008: 45). La enfermera fue asesinada por cumplir con las labores propias de su rol profesional, referentes al cuidado y protección de la salud. Estas situaciones de tensión en que el profesional, por sus elecciones en el contexto de guerra, es susceptible incluso de ser asesinado, son las que permitirán estudiar la perspectiva de los médicos alrededor de las acciones y el proceso de toma de decisión.

La masacre de El Salado ocurrió entre el 16 y el 21 de febrero de 2000 en la región de los Montes de María en los departamentos de Bolívar y Sucre. Allí fueron asesinadas alrededor de 60 personas en condiciones sangrientas de terror, ya que cualquier habitante del sector era víctima potencial. En uno de los relatos de las víctimas

se denuncia la participación de una enfermera en el abuso sexual y tortura de una menor de edad:

“A mí me dejan casi al lado del baño, cuando de pronto llega la enfermera paramilitar llamada María y dice ¡bingo!, me apunta con una pistola, me lleva a un cerro donde hay como diez paramilitares, me lleva el brazo derecho hacia atrás y me dicen que van a quemar el pueblo y que cuánto me paga la guerrilla para que les colaborara. Llega la enfermera María, le pedí agua y me dijo que no me iba a dar, que si quería me comiera un cardón o cactus, me empezó a tocar, a manosear, me dice que me quite la ropa, pero que lo haga despacio, que vamos a ver un show o algo así, que me empezara a mover de la manera que ellos me dijeran [...]” (CNRR, 2009: 41).

En esta narración la víctima identifica a su agresora como enfermera y apela al sentido profesional del cuidado para solicitar agua; aun así, la torturadora se encuentra inmersa en su rol y participa de estas acciones violatorias de los derechos humanos. Sin embargo, se desconoce si en realidad la persona involucrada era enfermera profesional o desempeñaba este rol dentro del grupo paramilitar.

La promotora de salud de El Salado, María Cabrera, estuvo en esta masacre y fue víctima de intimidación y amenaza; su esposo narra los siguientes hechos:

“Yo estaba bocabajo y escuché cuando María los frenteó (sic) y les dijo que por qué iban a matarla, que ella era la promotora de salud del pueblo, la única que ha habido en mucho tiempo. Conversó y conversó y la perdonaron” (Cambio, 2009).

Se observa que la expresión del perdón conlleva aceptar que había realizado algo malo o ‘ilegal’, pero María era tan solo la promotora de salud del pueblo y por su oficio debía realizar contacto con los habitantes del pueblo y prestarles sus servicios. En este caso, esa actividad mereció que fuera elegida para la vida. Sin embargo, dos años después de la masacre su esposo relata:

“Lo logramos y retornamos a El Salado dos años después más de 400 personas. Pero cuando regresamos allá estaban las Farc. Se llevaron a María y la mataron el 7

de agosto de 2002, acusándola de ser paramilitar, cuando años atrás eran los paros los que se la querían llevar por guerrillera. ¡Qué ironía! Ahí fue que comprobamos que en El Salado mataban por simple capricho” (Cambio, 2009).

Finalmente, la condición de promotora de salud le costó la vida, ya que los actores del conflicto armado colombiano no respetan el personal de salud; cada uno de ellos juzga los actos relacionados con el ejercicio profesional dotándolos de un significado político. De esa forma, los profesionales de la salud quedan sometidos a fuerzas e intereses que, además de atentar contra su vida, impiden el cumplimiento de la misión propia de un médico: atender a los pacientes que lo necesitan.

Por último, la masacre de Bojayá tuvo lugar entre el 20 de abril y el 7 de mayo de 2002 en Bellavista, municipio del Medio Atrato chocoano, como parte de un enfrentamiento entre paramilitares y guerrilleros. Allí se relata la forma en que los médicos deben afrontar la escasez de recursos y la situación de amenaza a la vida propia y la de sus pacientes para prestar sus servicios profesionales:

“Unos minutos después dispararon el segundo cilindro, que cayó sin estallar en el patio trasero del puesto de salud, ubicado al lado de la casa cural. Los heridos recién llegados fueron conducidos de inmediato al hospital de Vigía del Fuerte; durante la noche fallecieron algunas víctimas que habían ingresado desde el día anterior. Los médicos señalaron que ante la gravedad de las heridas y la escasez de medios para una adecuada atención, lo más conveniente era el traslado en helicóptero de los heridos más graves hasta la ciudad de Medellín. Varios de los habitantes allí presentes organizaron una comisión para exigirle al comandante guerrillero que permitiera una brigada aérea de salud, a lo que el jefe subversivo accedió con la condición de que en el momento en que llegara el helicóptero todos los pobladores debían salir con banderas blancas a la pista” (CNRR, 2010a: 58-65).

Se observa que el médico queda como único responsable de garantizar la neutralidad en el campo de batalla, extralimitando las funciones propias de su deber que,

según el código de deber profesional, hacen referencia a salvaguardar la vida de su paciente con compasión, competencia y autonomía (AMA, 1983). Se expone como mediador al médico, quien al mismo tiempo que atiende a los heridos, protege su vida y la de los demás.

Pero en Colombia estas situaciones no se limitan al ámbito rural, pues también suceden en ciudades donde existen enfrentamientos entre grupos armados. Prueba de ello es el siguiente relato del director de la unidad de atención de salud y un médico de la misma en Medellín:

“Hace un año el personal vivía en un grado de estrés muy elevado, pero ahora, afortunadamente, la situación es de calma. El ambiente dentro de la Unidad y las condiciones de trabajo desde el punto de vista emocional han mejorado enormemente, informa García. Restrepo aún recuerda que, en ese entonces, él y sus colegas tenían que subir a pie refugiándose de las balas entre los buses y los carros que estuvieran parqueados en la calle, pues no podían llegar a la unidad intermedia en sus vehículos particulares y los taxis los llevaban solo hasta cierto punto” (Tiempo, 2003).

Los médicos se encuentran repetidamente rodeados de situaciones que impiden tener un ambiente neutral y seguro para realizar su ejercicio profesional, pues se reconoce la existencia de tensión y sentimientos de miedo constante por no contar con estas condiciones. Como puede observarse, las categorías de los estudios realizados en Colombia presentan el contexto del ejercicio profesional, sus dificultades, los perfiles epidemiológicos relacionados con el conflicto, los protocolos de atención, las acciones humanitarias y los relatos de experiencias específicas.

Sin embargo, no se encontraron estudios que aborden la problemática desde las narrativas de los médicos, que permitan identificar las situaciones dilemáticas y comprender los principios morales en la toma de decisión de los médicos. La ausencia de tales investigaciones a partir de la voz de los propios profesionales de la salud es lo que motivó principalmente la realización de este trabajo.

3. MARCO TEÓRICO

En esta investigación se adoptaron los presupuestos de la ética aplicada cuya disciplina filosófica estudia las acciones humanas y las motivaciones que llevan a su realización. Para Aristóteles (384 a.C. /2001), la filosofía práctica se encarga del estudio de la ética, es decir, de la acción y la praxis moral. Por esto, la ética orienta las valoraciones que tenemos de las acciones y los contenidos de los juicios morales valorados como correctos/incorrectos, buenos/malos. Estas valoraciones han dado lugar a distintas orientaciones éticas, a partir de las cuales se fundamentan las normas de la conducta humana. Para Pieper, estas orientaciones incluyen la perspectiva de la ética social, la ética económica, la ética científica y la ética ecológica. La ética social da prelación a los deberes y derechos de cada individuo respecto de la colectividad. La ética económica se ocupa de los objetivos y de las normas de la actividad económica. La ética científica reflexiona acerca de los requisitos morales bajo los cuales realiza el científico su labor profesional. Por último, la ética ecológica implica la responsabilidad ante el ambiente (Pieper, 1991).

Dado que la ética se encarga del estudio de la praxis humana desde el punto de vista de las acciones y de los juicios, interesa, precisamente, conocer las prácticas médicas, las argumentaciones, y las justificaciones de la toma de decisión en situaciones de guerra, en particular cuando dicha práctica profesional exige en la normativa un tratamiento “neutral”, lo que genera o da lugar a la emergencia de situaciones dilemáticas.

La ética práctica informa a quienes toman decisiones sobre el grado de desacuerdo y la fuerza de las preferencias de la población. Para Elster, los médicos en algunos casos deben dejar de lado necesidades particulares específicas de pacientes con enfermedades graves pero poco frecuentes, para adoptar la perspectiva de eficacia máxima, es decir, deben elegir actuar sobre enfermedades frecuentes, aun cuando sean

menos graves, incluso si esto significa apartarse, como afirman algunos, de la equidad y la justicia que merece la minoría (Elster & Herpin, 2000: 18).

La bioética se establece como perspectiva filosófica para el abordaje ético de los principios relacionados con la vida. El principal representante de dicha corriente fue Fritz Jahr, teólogo y pastor protestante de Halle, quien en 1927 creó sus fundamentos, denominándola '*bio-ethik*'. Durante los años setenta, Van Rensselaer Potter propuso una ética global o *bio-ethics* que incluyera a los humanos y a los animales. Es así como se consideran dos campos relacionados con la vida: la aplicación de valores éticos en el razonamiento de las ciencias de la salud y un punto de vista ético general para el análisis de la ciencia y la tecnología (Lolas, 2008).

La bioética surge del abordaje racional y pragmático de los problemas teórico-prácticos en el área de la biología y la salud, donde la ética normativa y la descriptiva se conjugan como una sola ética aplicada. Según Shramm, la razón teórica y la razón práctica se convierten en elementos indispensables para evaluar los raciocinios morales relacionados con las acciones que involucran consecuencias sobre la vida humana (Shramm, 2001).

Los desarrollos teóricos más importantes para este trabajo desde la medicina se producen en el campo de la bioética, a través del estudio de las perspectivas de la ética narrativa y la ética principalista expuestas por Wilker y Beauchamp, respectivamente (Tom Beauchamp, 1996; Winkler, 1996). El académico Diego Gracia analiza los procedimientos de decisión en la ética clínica permitiendo integrar el sistema de toma de decisión del médico al ejercicio clínico cotidiano (Diego Gracia, 1996).

3.1 Principios morales

Los principios morales son un conjunto de normas básicas que orientan las acciones de los individuos sobre lo que se debe hacer o no hacer, es decir, expresan deberes relacionados con los actos. De esta forma, a través de los principios se puede

valorar la importancia de los actos desde el punto de vista moral y, al mismo tiempo, determinar si se obra de manera correcta.

Para Dancy, un principio moral expresa los rasgos en favor de cualquier acción que lo posea, diferenciando los principios *prima facie* de los principios en sentido estricto. Para este autor, un principio *prima facie* (del latín, *a primera vista*) es el deber relevante desde el punto de vista moral relacionado con lo que se debe hacer y que expresa la forma de obrar o dejar de obrar de modo general. Un principio, en sentido estricto, se relaciona con la acción que se lleva a cabo después de valorar diversos deberes *prima facie* de acuerdo con el caso específico (Dancy, 1995: 314).

Para Jonsen(1998), los principios morales permiten la resolución de problemas bioéticos. Estos principios son compartidos por diversas perspectivas filosóficas y son contruidos a través de estrategias de consenso, métodos tradicionales e influencias políticas y sociales.

Diego Gracia afirma que la ética médica incluye los procedimientos y formas de análisis para la resolución de problemas planteados por los principios de las ciencias médicas; estos procedimientos deben ser seculares, pluralistas, autónomos, racionales y universales. Se consideran seculares teniendo en cuenta que no representan un carácter religioso o confesional, parten de acuerdos mínimos aceptables por todos, independientemente de sus creencias, y por lo tanto deben ser exigidos a todos. Pluralistas porque aceptan la diversidad de enfoques y permiten acuerdos a través de la conjugación de perspectivas de los involucrados. La autonomía hace referencia a que el criterio de moralidad parte del ser humano mismo, –como auto-legislador–, y no es impuesto externamente. El criterio de racionalidad implica un momento *a priori* principalista y otro *a posteriori* o consecuencialista. Por último, las leyes o principios establecidos deben ser universales e ir más allá de acuerdos parciales (Diego Gracia, 1996).

Los investigadores Escobar y Aristizábal, proponen una clasificación que incluye los principios de ética biomédica propuestos por Beauchamp y Childress, los principios europeos propuestos por Rendtorff y Kemp, y los principios basados en los derechos humanos propuestos por la UNESCO (Escobar & Aristizabal, 2011).

La ética principalista, corriente anglosajona más difundida y utilizada en nuestro medio, es aceptada en la actualidad por la mayoría de asociaciones médicas, escuelas de medicina y académicos del área. En este planteamiento, los principios morales que fundamentan la acción del médico son: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. El principio de autonomía implica un concepto de autodeterminación y reconoce la capacidad del paciente para elegir sobre su bienestar. El respeto a la autonomía del enfermo conlleva el consentimiento informado, el respeto a la privacidad y la confidencialidad; por lo tanto, se puede definir como la obligación del médico de respetar los valores y opciones de cada sujeto en decisiones básicas que lo afectan vitalmente, incluso el derecho a equivocarse a la hora de hacer su propia elección. Para López, la autonomía permite un autogobierno del sujeto y se relaciona con la justicia en la medida en que se refiere a la toma de decisiones libres de interferencias, pero con funciones, responsabilidades y limitación de daños (Lopez de la Vieja, 2000).

En relación con el principio de beneficencia, se plantea la obligación de hacer el bien al paciente hasta donde el sujeto lo desee. Es decir, el bien sería lo que cada persona considere bueno para ella y el médico tiene la obligación moral de fomentarlo. Es necesario resaltar que el médico no puede imponer su propia manera de hacer el bien sin contar con el consentimiento del paciente, es decir que este bien se enmarca en los valores, cosmovisiones y deseos del enfermo.

Por su parte, el principio de no maleficencia se enuncia como *Primum non nocere*, es decir, ante todo no hacer daño al paciente, por medio del respeto, el cuidado de la integridad física y psicológica de la vida humana. Al mismo tiempo implica evitar al paciente lo que le es desagradable, lo que no quiere, lo que sería un mal para él.

Por último, el principio de justicia consiste en la distribución equitativa de cargas y beneficios, evitando la discriminación en el acceso a los recursos sanitarios. Esta perspectiva considera a la salud como algo medible, sujeta al reparto equitativo entre los pacientes. Beauchamp aclara que todos los humanos tienen los mismos derechos para satisfacer sus necesidades de salud independientemente de su desarrollo, integridad física o psicológica, condiciones económicas o políticas (Tom Beauchamp & Childress, 1999).

Por otra parte, los principios de Rendtorff y Kemp, surgen de la tradición francesa dentro de un marco fenomenológico y hermenéutico. Se basan en las teorías de Ricoeur, Habermas y Levinas. El principio de la no maleficencia sirve de base a cuatro principios: la dignidad, la integridad, la vulnerabilidad y la autonomía. El principio de dignidad, representa la igualdad de los seres humanos, la inviolabilidad de la vida, expresa la obligación del respeto mutuo y el valor de la comunidad (Escobar & Aristizabal, 2011).

La integridad se refiere a la totalidad de la vida que no debe ser destruida e incluye la totalidad narrativa, la autodeterminación y la honestidad. Para Pellegrino la integridad de una persona se expresa mediante la relación entre el cuerpo psicosocial, intelectual y los elementos de su vida. La integridad se manifiesta en el cuerpo, en la esfera psicológica y en los valores, por lo tanto respetar la integridad de la persona conlleva dar y respetar la totalidad que hace esa decisión dentro de la historia de la vida del paciente. Cada uno de estos puntos debe entrar en la decisión final para ver si tiene integridad en sí misma y si es un acto de decisión como un todo en sí mismo (Edmund Pellegrino, 1990).

El principio de vulnerabilidad indica la fragilidad de los seres vivos e implica nociones de cuidado, responsabilidad y respeto. Finalmente, la autonomía conlleva una buena vida para y con otros en instituciones justas, como lo plantea Ricoeur (2008b). También incluye los conceptos de libertad, privacidad, confidencialidad y consentimiento.

Por último, los principios relacionados con la perspectiva de derechos humanos de la UNESCO incluyen la dignidad, la libertad, la autonomía, la protección, el respeto a la integridad, la protección de la vulnerabilidad, el respeto a la privacidad, la confidencialidad, la igualdad, la justicia, la equidad, respeto a la diversidad, la solidaridad y la honestidad, entre otros (Escobar & Aristizabal, 2011).

3.2 Obligación moral en el campo de la medicina

La obligación moral tiene que ver con los principios y valores que indican cómo actuar e implica reconocer los deberes en las situaciones particulares, relacionarlos con lo general y luego decidir actuar de acuerdo con lo indicado para el momento.

Siguiendo a Donda (2008), las excepciones se hacen siempre en el ámbito de los deberes reales y efectivos (actuales), no de los principios o las obligaciones (Donda, 2008). No obstante, List indica que existe la obligación moral de la neutralidad, que hace referencia a la imparcialidad en la provisión del cuidado médico y tiene en cuenta el respeto equitativo hacia las personas, garantizando la distribución de dicho cuidado (List, 2008).

Esta obligación moral dependerá del sistema ético y de principios que se adopte en el momento de tomar la decisión. Por lo tanto, si se analizan cada uno de las corrientes expuestas, prevalecerán los principios que se explicaron en el anterior apartado y que se ampliarán en el acápite de toma de decisiones éticas.

Para Almeida (1999), en la ética principalista los principios o reglas son obligaciones de tipo moral, es decir obligaciones *prima facie*. Una obligación *prima facie* implica que debe cumplirse, salvo si entra en conflicto con una obligación de igual o mayor magnitud. Una obligación *prima facie* es imperativa, aunque puede ser transgredida por obligaciones morales diferentes. Sin embargo, una infracción de una norma *prima facie* se puede justificar si las razones demostradas por la norma que prevalece son mejores que las que justifican la norma infringida; es decir, existen posibilidades realistas de alcanzar el objetivo moral que justifica la infracción o no

existen acciones alternativas moralmente preferibles o la infracción seleccionada es la más leve o es proporcional al objetivo principal del acto o el agente intenta minimizar los efectos negativos de la infracción (Telles de Almeida & Roland Schramm, 1999)

3.3 *Dilemas morales y toma de decisión*

Para Hersh, un dilema implica un conflicto de valores en el momento de tomar una decisión, ya que están en contraposición dos o más principios. Para resolverlo, el sujeto deberá elegir un valor sobre otro por medio del razonamiento (Hersh, Reirmer, & Paolitto, 1984). La resolución de este tipo de dilemas fue estudiada por Kohlberg en sus escritos sobre desarrollo moral de los sujetos. Para este autor, existe un proceso de razonamiento moral que se desarrolla de acuerdo con las capacidades intelectuales y morales del ser humano (Kohlberg, 2008).

El ejercicio de la medicina consiste en una continua toma de decisiones diagnósticas, pronósticas y terapéuticas que se enmarcan en probabilidades e incertidumbre ante la naturaleza humana, en que los médicos constantemente se enfrentan a elegir entre alternativas de acción específicas. Estas decisiones se toman siguiendo las reglas de la lógica bajo un modelo probabilístico. La decisión racional es la que calcula las probabilidades de todas las opciones ante un hecho, elige la más conveniente y con más probabilidad.

Singer indica que todas las personas se enfrentan a la vida cotidiana y se preguntan qué deben hacer ante situaciones, lo que plantea dilemas o conflictos. Por lo tanto, en situaciones en que los principios no son claros y generan guías de acción dudosas, suceden conflictos, cuando son contrarios, se presentan los dilemas (Singer, 2003).

Olsen indica que es difícil encontrar una razón ética que pueda justificar la relevancia moral en decisiones y actos concernientes a la persona misma. Existe poca investigación empírica en cuanto a las preferencias sociales de las personas, relacionadas con sus creencias, oportunidades y opciones de bienestar que conlleven felicidad individual (Olsen, Richardson, Dolan, & Menzel, 2003).

Pfeiffer propone que en este contexto es necesario reconocer el valor del acto médico que da marco a cualquier procedimiento y decisión, teniendo en cuenta que este acto no lo realiza el médico solamente; el enfermo no constituye la prelación en una sociedad y una cultura que están poniendo fin a las condiciones de ese acto (Pfeiffer, 2008).

Ante dilemas morales es necesario acudir a principios que guían la toma de decisiones y permiten un equilibrio en condiciones contradictorias. Para lograrlo se siguen principios y reglas *prima facie* que indiquen conductas válidas ante las máximas colectivas y los razonamientos prácticos. Es decir, el médico en el momento de toma de decisión, acude a los protocolos o lineamientos que indican la forma de actuar de acuerdo con la patología del paciente. Para Pieper (1991), en el caso de la medicina las acciones en situación de conflicto se deciden desde el referente teórico de los principios y permiten evaluar valores reconocidos, dar razones por cada una de las alternativas y elegir justificando el valor que se antepone.

Para Beauchamp, el médico se rige por principios que sirven de guía para su ejercicio clínico y le permiten realizar un razonamiento para tomar sus decisiones. Durante la formación de los futuros profesionales médicos se enseñan los principios éticos con normas de práctica clínica (Tom Beauchamp & McCullough, 1987).

Así mismo, este autor indica que los principios visibilizan deberes que explicitan la obligatoriedad de tenerlos en cuenta cuando se toman decisiones que involucran la voluntad y la razón práctica del médico. Sin embargo, estas decisiones van más allá de los problemas biológicos e incluyen aspectos del entorno social, económico y político del individuo. Para estos casos, es necesario ponderar las situaciones más allá de las condiciones físicas y biológicas de tal forma que involucren todas las perspectivas de las partes implicadas; en el caso de la salud pueden ser el paciente, el médico, la familia, la institución hospitalaria y el Estado (Tom Beauchamp, 1996).

Según Group, se plantea entonces el respeto por la toma de decisiones de los pacientes como sujetos autónomos, denominado autonomía; el deber de maximizar el beneficio de la persona en cuidado, es decir la beneficencia; un mandato de evitar el daño al paciente, enunciado como no maleficencia; y por último la justicia en la toma de decisiones relacionadas con recursos, derechos y políticas (Group, 2008).

Dentro de este marco conceptual, el médico realizará un razonamiento sistemático que le permita tomar decisiones apropiadas en el momento indicado. Los principios morales equilibran la falta de objetividad que afecta la relación médico-paciente, permitiéndole al médico tomar decisiones que favorezcan al paciente. Beauchamp considera que, al mismo tiempo, este método califica las pretensiones morales en correctas e incorrectas, teniendo en cuenta la forma como se justifican las acciones desde normas previamente acordadas y racionalmente aceptadas (Tom Beauchamp, 1996).

La forma más extendida de razonamiento es la que se basa en los principios que guían el actuar entre los valores de orden superior y las normas de conducta, utilizados como directrices, como son la autonomía (respeto por las personas), la beneficencia, la no maleficencia y la justicia. Autores como Childress agregan la confianza, la reciprocidad, la solidaridad y la veracidad, pertinentes para la búsqueda de la investigación científica; se incluye el proyecto, la planificación, la recopilación de datos, muestreo y publicación (Tom Beauchamp & Childress, 1999).

Siguiendo a Beauchamp, los principios morales permiten al médico tomar decisiones que favorezcan al paciente desde una perspectiva objetiva y racional. Al mismo tiempo clasifican las acciones en correctas e incorrectas, teniendo en cuenta la forma como se justifican moralmente desde normas acordadas y racionalmente aceptadas (Tom Beauchamp & McCullough, 1987). Para responder a la pregunta que se debe hacer, se establecen modelos médicos de responsabilidad moral en los cuales las obligaciones morales derivan de principios preestablecidos.

Según Onge, estos principios permiten al médico en situación de conflicto decidir en función de las consecuencias de acuerdo con la prioridad de cada uno de los principios y resolver dilemas relacionados con el sostenimiento de la vida, la tecnología, el consentimiento informado, el derecho al rechazo de tratamiento y el uso de recursos limitados, entre otros (Onge, 1997).

Gracia plantea una jerarquía entre los principios morales: el de no maleficencia y el de justicia son de obligación perfecta, es decir disciplinarios, impuestos y exigidos por la sociedad, se encuentran en primer lugar como una ética de mínimos, definiendo actos correctos o incorrectos. Los principios de beneficencia y autonomía se clasifican

como de obligación imperfecta, no disciplinarios, y corresponden más a posturas personales, no pueden ser impuestos a nadie, se consideran ética de máximos, permiten cualificar lo bueno de lo malo. En caso de conflicto se daría prelación a los principios de primer nivel disciplinario (Diego Gracia, 1991).

Según Donda, no siempre es posible aplicar principios generales para resolver conflictos particulares, teniendo en cuenta que situaciones particulares se encuentran inmersas en el mundo de la vida y requieren opciones particulares (Donda, 2008). Sentimientos como la empatía impiden objetividad en el proceso de elección racional, lo que genera una parcialidad que limita la toma de decisión (Hoffman, 2002).

En el sector salud hay un amplio rango de principios éticos que, de acuerdo con el público en general, podrían ser relevantes en diferentes circunstancias (maximizar la salud, respeto de derechos, satisfacción de necesidades, etc.). Asimismo, hay un número de atributos/contextos que son potencialmente relevantes para la toma de decisiones (edad, severidad, contexto emocional, características personales, comportamientos pasados, prospectos, etc.). Richardson afirma que sobre el anterior rango hay una ambivalencia ética general: cumplir con un principio viola otro (Richardson & McKie, 2005). A manera de ilustración, se podría considerar la opción de un paciente menor de edad que llega herido a un hospital, cuya vida está en riesgo. Los padres no aceptan que reciba una transfusión de sangre y el personal de salud deberá decidir si prevalece el principio de autonomía del paciente desde el marco particular de sus creencias o si se apela por el principio universal de justicia, teniendo en cuenta que es un menor de edad.

3.3.1 Toma de decisión perspectivas éticas

La toma de decisiones implica elegir la alternativa que permita responder de una forma adecuada a una situación determinada, según el contexto. En la ética práctica, este proceso conlleva examinar las situaciones que generan dilemas morales desde una teoría y unos principios que establecen guías de acción. Beauchamp explica que un dilema se presenta cuando estas guías de acción entran en conflicto, es decir, se identifican dos

reglas para justificar una acción, o cuando la teoría se enfrenta a los propios intereses (Tom Beauchamp & Childress, 1999).

Si se entiende la práctica como la interacción humana, la red de relaciones y conductas intersubjetivas, el médico se verá enfrentado a algunas situaciones donde la teoría aprendida en la universidad no le permite resolver las situaciones prácticas a las que se enfrenta, teniendo que completar mediante ensayos y experiencias los principios que le permitan aprender y definir sus deberes para obrar de acuerdo con ellos.

Ante una situación o conflicto, la práctica médica lleva al galeno a realizar una elección moral teniendo en cuenta el contenido y estructura de una racionalidad que guía la elección y la justifica. Para Saint-Sernin, la acción involucra agentes colectivos, combina creencias y saberes contruidos mediante el lenguaje y sometidos constantemente a prueba (Saint-Sernin, 2009).

Por ejemplo, un paciente que sufre una herida de guerra en el miembro inferior con un explosivo recibirá un tratamiento diferente al que podría ser el indicado en un hospital con área segura, es decir, el tratamiento estará de acuerdo con las condiciones que rodeen el sitio de atención, los recursos disponibles y las necesidades prioritarias en ese momento. Así, podría suceder que en un momento se prefiera realizar la amputación del miembro y en otro se elija una medida conservadora de control del daño, con la posibilidad de salvar el miembro. Al mismo tiempo el contexto será diferente si se trata de un soldado herido o de un civil o del “enemigo”. El médico en estos contextos apelará a racionalidades diferentes que dan como resultado una elección válida y justificada.

En particular, para Singer, un médico debe trascender sus propios intereses cuando se vea obligado a elegir entre alternativas que incluyan los intereses del paciente que resultaría afectado directamente por sus actos (Singer, 1984). Si hay diferencias, es preciso indagar acerca de cuáles son los mejores intereses para el paciente, lo que origina dilemas morales.

Estudiar el proceso de toma de decisión desde la ética aristotélica, kantiana, habermasiana o hermenéutica tiene diversas perspectivas. Desde los planteamientos de la ética aristotélica, el bien supremo es la felicidad y a través de las virtudes el hombre buscará alcanzarla en un contexto específico. Reconoce que el ser humano utiliza el conocimiento para desarrollar un equilibrio entre los vicios extremos y por lo tanto toda acción que se realiza con un carácter virtuoso será considerada buena. Las virtudes verdaderas serán aquellas en las que se pueda vivir bien en la vida común (Aristóteles, 384 a.c (2001)). La toma de decisión implica analizar la relación del juicio práctico con la acción buena, no necesariamente con la correcta; la decisión dependerá de la habilidad para la interpretación de los significados de la acción, prevaleciendo la teoría sobre la práctica, es decir la virtud intelectual sobre la moral.

Estos planteamientos son retomados por la perspectiva de la ética de la virtud expuesta por Pence, que amplía el concepto aristotélico del bien al sentido de la vida relacionando la virtud con la forma de vivir, configurar los hábitos y el carácter. Este sentido se relaciona con la tradición moral a la que el sujeto pertenece e implica un orden narrativo de la vida individual cuya existencia depende de normas que buscan perfección en determinadas prácticas. Desde la teoría de la virtud, los sentimientos y deseos morales se estudian para buscar la motivación de las acciones morales. Por lo tanto, conocer la conducta y lo que piensa una persona de su actuar es necesario para realizar juicios sobre ellos (Pence, 1995).

Analizar el actuar del profesional de la salud a partir de los planteamientos de la ética de la virtud implica identificar el carácter del médico, que para Gracia está dado por los conocimientos, las habilidades y las actitudes. Los conocimientos y habilidades se adquieren en la formación educativa y se van perfeccionando en la medida en que se presenta la experiencia, lo cual configura los hábitos; la actitud corresponde a la vocación y se relaciona con las virtudes de benevolencia, la veracidad, el respeto, la amistad y la justicia, entre otros (Diego Gracia, 1998a). El médico pertenece a una tradición moral trazada desde hace mucho tiempo e identificada por el historiador Laín Entralgo, quien reconoce en la vocación y la tradición hipocrática una forma de vida más allá del simple ejercicio profesional, ya que implica consagrar la vida al servicio de los enfermos desinteresadamente, de forma neutral y respetuosa (Laín Entralgo, 1964).

Se podría decir que, en el caso de un paciente lesionado por una mina antipersonal que asiste a consulta, prevalecerá la tradición de la vocación médica, las actitudes, los hábitos y el carácter de la relación médico-paciente. En la medida en que el galeno sea bondadoso y tenga verdadera vocación, estará realizando un acto bueno. La benevolencia se reflejará en la medida que desarrolle su dimensión médica en el acto diagnóstico y terapéutico; la veracidad estará ligada a la dimensión espiritual de la comunicación médico-paciente; el respeto permitirá la toma de decisiones por el médico y el paciente; la amistad representará los sentimientos que se generan en la relación; y, por último, la justicia mediará la relación médico-paciente como acto social y público.

Realizar un análisis de los modelos de responsabilidad moral desde la teoría kantiana deontológica conlleva analizar la toma de decisión racional con base en la elección moral, donde la voluntad y la razón son eje fundamental; es necesario identificar los principios basados en fines o valores compartidos claros, coherentes universales y de obligatorio cumplimiento (Kant, 1785/ 2002).

Desde esta perspectiva, la toma de decisiones del ejercicio médico podría considerarse en la praxis clínica como racional, e incluso considerar que estos mismos criterios operan en cualquier contexto en que se realice la práctica médica. Por tanto, se proponen los siguientes criterios para valorar una acción como correcta y racional:

- La acción médica es racional si cumple criterios de universalidad y se ajusta a máximas o principios que implican aceptación por todos los afectados. Por ejemplo, la comunidad médica se reúne y propone protocolos de manejo para pacientes heridos en conflicto armado. El médico, en el momento de atender al paciente herido por una mina antipersonal, deberá seguir los procedimientos que han aprobado sus colegas y que son reconocidos a nivel nacional e internacional (CICR & MPS, 2011). Los pacientes deberían conocer estos protocolos en el momento de la toma de decisión.

- La acción médica está mediada por la voluntad del médico y sujeta a la obligación de la ley ética profesional. Es decir, el médico para tomar la decisión y actuar debe tener en cuenta las características especiales de la cirugía en tiempo de conflicto, el

derecho internacional humanitario aplicable, la balística de las heridas, la epidemiología de las víctimas de guerra y la cadena del cuidado de las víctimas (Dufour *et al.*, 1998).

- La obligación moral exige, en situaciones de emergencia en las cuales se involucra la vida de más de un paciente, y ante recursos limitados, realizar una práctica médica mediada por el triage¹; este se constituye en un imperativo ético del actuar. En este caso es necesario realizar evaluación de la gravedad de los pacientes para resolver la situación favorablemente y determinar a quién atender primero.

- Tratar a las personas como un fin en sí mismas (Kant, 1785/ 2002). El fin del médico es atender al paciente para que logre recuperar la salud y salvar la vida. El paciente y su familia en la mayoría de los casos, con seguridad, darán su consentimiento con el fin de que se realicen los procedimientos necesarios para evitar la muerte. En el caso de un paciente lesionado por una mina antipersonal, en que se hace necesaria la amputación de una pierna para salvar la vida, el paciente puede o no autorizar el procedimiento. En casos de urgencia vital, es decir, cuando la vida del paciente depende de este procedimiento, el médico está autorizado para tomar la decisión consultando con sus colegas, dejando por escrito en la historia clínica que no existe familiar para consultar, que el paciente está inconsciente y que el procedimiento es el único medio para alcanzar el fin y salvarle la vida.

Por lo tanto, la acción del médico se orienta por estas máximas de conformidad con el deber ser, pero va mucho más allá. El cumplimiento del deber en un médico es velar por la vida del paciente eligiendo lo que es mejor, en este caso realizando el triage en pacientes afectados simultáneamente por un trauma o por una mina antipersonal; este

¹ El triage consiste en la evaluación de cada uno de los pacientes teniendo en cuenta la gravedad de las lesiones y la expectativa de sobrevivencia. La gravedad se verifica con un examen clínico rápido (compromiso de la vida aérea, la ventilación y la circulación); no se tienen en cuenta las condiciones de género, edad, condición social o económica, la presencia de embarazo o el ser un niño. La expectativa de sobrevivencia se relaciona con la presencia de lesiones que al ser atendidas permiten que haya posibilidades de recuperación (CAC, 2005).

principio es obligatorio y su omisión está prohibida. Por consiguiente, en la práctica de la acción médica identificar las máximas de acción se convierte en una necesidad para que la acción sea moralmente válida. Una acción será un acto en la medida en que está sometida a leyes de obligación, en la medida en que se considera al sujeto en ella desde la perspectiva de la libertad de su arbitrio.

La perspectiva habermasiana propone estudiar la toma de decisiones morales desde la racionalidad, el lenguaje y la acción en el contexto de la sociedad; el saber, la argumentación y las justificaciones (Jurgen Habermas, 2008/1981). Habermas se inspira en el pensamiento de Kant para plantear el uso pragmático, moral y ético de la razón. El criterio racional es el centro de los planteamientos alrededor de la moral, la ciencia, el derecho y la comunicación, por medio del cual el sujeto autónomo elige fines y metas (Copleston, 1981).

Orientado por estos presupuestos de la ética comunicativa, el médico, en su condición de sujeto, elige las metas relacionadas con el paciente según los protocolos correspondientes; en el caso de un herido de guerra, los signos y los síntomas que manifieste la alteración en el cuerpo justifican las acciones médicas según el diagnóstico realizado, dejando de lado las actitudes o intuiciones irreflexivas y personales en el momento de elegir el tratamiento del paciente. En este caso, la acción de salvar la vida del paciente está regulada por normas que se construyen con otros médicos, con los pacientes y la sociedad en general, que comparten el valor de la vida y la salud, orientando sus acciones desde la perspectiva específica del grupo social. Se genera una expectativa de comportamiento normativa que será o no concordante con lo consensuado previamente (Jurgen Habermas, 1987).

Habermas evidencia un ámbito práctico moral, donde existen normas de acción ordenadas que justifican racionalmente el actuar del individuo, al mismo tiempo que le permiten juzgar imparcialmente las cuestiones morales resolviéndolas consensualmente (Jurgen Habermas, 1987). Por lo tanto, un médico que justifica sus acciones teniendo en cuenta normas vigentes de forma racional e imparcial, desde un punto de vista moral está actuando éticamente. Una acción médica es ética cuando el médico toma una

decisión como resultado de una elección racional de objetivos y medios para obtener un fin determinado que pueda ser recomendada y justificada ante los demás.

Desde la anterior perspectiva, las prácticas médicas pueden analizarse como acciones instrumentales, estratégicas, comunicativas, normativas y dramatúrgicas. A continuación se ejemplificará cada una de ellas.

La acción instrumental se realiza para intervenir el paciente; por ejemplo, en el caso del paciente lesionado por una mina antipersonal en el miembro inferior, es necesaria una intervención física que implica realizar un tratamiento quirúrgico (amputación o limpieza de la herida), aplicar antibióticos, manejar el dolor, transfundir sangre y brindar cuidados especiales que permitan la recuperación de la salud de la persona de una forma eficiente. Para lograrlo, el médico debe intervenir la naturaleza de la herida y satisfacer a través de sus acciones las necesidades vitales del paciente. En la medida que examina a su paciente, realiza un diagnóstico y establece un tratamiento siguiendo unas reglas de carácter técnico que se establecen en los protocolos de manejo para este tipo de lesiones (fruto de investigaciones de carácter científico), el médico está determinando una acción instrumental. En este caso, se podría identificar también una acción de tipo estratégico en el momento en que se realice una junta médica para decidir sobre el tratamiento que debe recibir el paciente, relacionado, por ejemplo, con el nivel de amputación necesario para que sea más factible la adaptación de una prótesis en el futuro. Tendríamos entonces un grupo de médicos que intentan realizar una elección racional argumentando sobre la eficacia de uno y otro tratamiento con el fin de influir sobre las decisiones de los colegas que se oponen y no comparten la misma racionalidad técnica.

La acción comunicativa implica una relación entre actores que buscan entender una situación y coordinar sus planes de acción, por medio de una negociación susceptible de consenso (Jürgen Habermas, 2002). De esta forma, la acción práctica comunicativa permitirá una interpretación de las situaciones por medio de la interacción verbal o extra-verbal para establecer relaciones entre sí y determinar prácticas sociales e

individuales en un contexto histórico determinado. Retomando el caso del paciente que consulta por su herida, el médico que lo atiende tiene que establecer una interacción con él para entender la situación que se presenta, interpretando los signos y síntomas, en aras de coordinar de común acuerdo los planes de acción a seguir y las prácticas individuales que deberá cumplir el paciente para recuperar su salud. Por lo tanto, el concepto de acción comunicativa es central para el análisis e implementación de las prácticas médicas en tanto que la aplicación de los tratamientos necesarios depende de una negociación y de la consecución de acuerdos con el paciente o su familia.

Por otra parte, la acción teleológica involucra una interacción del médico con el contexto que rodea al paciente herido a fin de desarrollar acciones que permitan salvarle la vida, estabilizarlo y brindarle el tratamiento adecuado. El médico elige, en una situación dada, los medios que considera más congruentes, toma una decisión entre alternativas de acción y la realiza con un propósito dirigido por máximas y apoyada en la interpretación de la situación (Jurgen Habermas, 1987). En la acción regulada por normas, el médico analizará las leyes y normativas vigentes para el ejercicio médico aplicables a la situación, valorará al paciente herido, realizará las acciones de obligatorio cumplimiento y omitirá las prohibidas, teniendo en cuenta el sentido normativo que regula su profesión y determina sus comportamientos. Por último, en la acción dramática, el médico actuará partiendo bien sea de la subjetividad referida a los sentimientos que le genera el sufrimiento y dolor del paciente, o bien de sus propios sentimientos de seguridad, satisfacción, miedo o frustración ante experiencias previas.

Como se puede observar, la práctica médica involucra un conjunto de reglas, experiencias, procedimientos y saberes que se configuran en la acción. Por ello, la acción del médico, desde una perspectiva moral, se orienta a velar por la vida del paciente eligiendo lo que es mejor, en razón de la obligación moral. Una acción será entonces aquel acto que se orienta por las leyes de obligación y por las normas morales médicas reconocidas.

Por último la bioética hermenéutica ricoeuriana, propone tres niveles del quehacer médico, el nivel prudencial, el nivel deontológico y el nivel reflexivo (Ricoeur, 2008b). El primer nivel, el prudencial, tiene como referencia la singularidad, la estima de sí y la indivisibilidad del paciente. Todos los componentes del primer nivel son el resultado de una sabiduría práctica, aprendizaje y ejercicio, e implican un pacto de cuidados y de confianza. El segundo nivel, el nivel deontológico, permite que los juicios tomen la forma de normas particulares e incluye el secreto médico y el derecho a saber la verdad. Este nivel constituye el carácter contractual de la relación médico paciente y arbitra los conflictos que se puedan presentar. Por último, el nivel reflexivo trata lo que no se ha dicho en los códigos; planteándose aspectos referentes a la felicidad, el sufrimiento, a la buena vida y al médico como profesional.

Teniendo en cuenta lo anterior, para Ricoeur(2008b) el proceso de toma de decisión “...*está muy lejos de ser mecánico, lineal o automático.... Se trata de un mixto de argumentación e interpretación.... aplicar una regla a un caso o encontrar una regla para un caso, en los dos casos producir sentidos*” (Ricoeur, 2008b: 251). El proceso de argumentación es lógico discursivo e incluye a la interpretación en la creatividad, la narración y la historia personal del sujeto, que producen variantes de acuerdo al sentido de la regla y el caso mismo. Las características de la deliberación en la toma de decisión incluyen un límite temporal, un trabajo en equipo y un acto que pone fin al proceso deliberativo(Ricoeur, 2008b).

3.3.2 Toma de decisiones desde el enfoque clínico

Existen corrientes teóricas que establecen diversos parámetros para analizar los procedimientos de toma de decisión cuando se presentan conflictos entre valores, principios o derechos. Entre las más difundidas están la casuística, el método narrativo, la ética de la virtud y la principalista. Se encuentran también otras perspectivas, como la latinoamericana, que incluyen la bioética de la protección y de la justicia, y la ética práctica de la vida propuesta por Peter Singer (2000).

A continuación se explican brevemente algunas de ellas para centrarse luego en el proceso de toma de decisión.

Jonsen propone la tradición de la casuística, la cual se fundamenta en la tradición aristotélica de la deliberación sobre casos particulares, a fin de mostrar cómo el procedimiento en decisiones parte de los casos y situaciones particulares y no de los principios. Esta metodología implica que cada caso clínico, en particular los que plantean un problema ético, se estudie desde cuatro parámetros: las indicaciones médicas, las preferencias del paciente, la calidad de vida y los aspectos contextuales (social, económico, jurídico y administrativo) en que se encuadra el paciente. Es decir, que un juicio ético correcto se logra al tener en cuenta el modo en que habría que interpretar los principios éticos en la situación del paciente de análisis (Jonsen, 1996).

Para Gracia, el procedimiento de toma de decisión desde la perspectiva casuística implica reconocer en el paciente un caso con su historia. Por ejemplo, un paciente herido por un artefacto explosivo, en primer lugar debe ser abordado teniendo en cuenta el diagnóstico, los objetivos terapéuticos, la utilidad del tratamiento y la eficacia. En segundo lugar, se tendrán en cuenta las preferencias del paciente: su capacidad de elección, consentimiento a los procedimientos, su autonomía para decidir, el rechazo al tratamiento y las directrices previas. En tercer lugar, se valorarán aspectos relacionados con la calidad de vida, la justificación de mantener medidas de soporte vital, así como sus condiciones de discapacidad en el futuro, y se realizará una evaluación subjetiva de la experiencia. Por último, se evaluará el contexto, las condiciones económicas, los costos, la familia, la confidencialidad y las condiciones de seguridad del paciente (Diego Gracia, 1998b).

Distinto a los demás, en el método narrativo el paciente más que un caso individual, es una historia que se narra. Desarrollado por Wilker a principios de los años noventa, presupone que los conflictos éticos se presentan como historias antagonistas en que los hábitos y las actitudes determinan los desacuerdos. Esto permite plantear que no hay historias iguales y por lo tanto no se juzgan actos sino contextos que generan medios en oposición (Winkler, 1996). En este caso, es vital conocer mucho más que el motivo de consulta del paciente. Por lo tanto, cuando el médico atiende a un sujeto, es necesario reconstruir la historia natural y social de la enfermedad, las circunstancias que

rodean el hecho, la actitud del paciente y su familia, las condiciones de salud, los hábitos y las posibilidades de acción y elección que rodean el caso, con énfasis en los hábitos y posibilidades de rehabilitación. En ese sentido, para este método también es importante evidenciar las actitudes del paciente y su familia hacia las condiciones actuales y futuras relacionadas con las opciones de tratamiento.

La ética de la virtud, caracterizada en los años noventa por Pellegrino y Thomasma, se basa en la teoría aristotélica de la virtud. El análisis se centra en el profesional de la salud e integra a los pacientes en el proceso diagnóstico y en la toma de decisiones terapéuticas al tiempo que plantea que los núcleos de la acción son la relación médico-paciente, la enfermedad y la curación. Por lo tanto, la vulnerabilidad del enfermo trae implícito el compromiso del médico de ayudarlo e involucra en el acto de curar los conocimientos y las técnicas aprendidas. Estas deben permitir la restauración de la salud, bajo las virtudes de un correcto ejercicio profesional, como la fidelidad a la confianza depositada en él, la benevolencia, la compasión, la libertad desinteresada, la honestidad, la justicia y la prudencia (Edmund Pellegrino & Thomasma, 1993).

Según Gracia, para evaluar el caso que se expuso, desde la perspectiva de la ética de la virtud sería necesario conocer los hechos relacionados con la enfermedad del paciente; posteriormente describir los valores relevantes del médico, del paciente y su familia, de la institución de atención y de la sociedad; luego se determinarían amenazas relacionadas con los valores (por ejemplo, ir contra la confianza del paciente al contarle a su familia). Finalmente, habría que reconocer las opciones de acción que protegen el mayor número de valores, argumentarlos y elegir lo que sea más adecuado para el paciente y el médico como alternativa de tratamiento (Diego Gracia, 1998b).

Mainetti propuso, durante la década de los noventa, la perspectiva bioética latinoamericana o bioética de la intervención, como respuesta a una interpretación normativa que implica un impacto político y cultural. Incluye planteamientos socioculturales y etnográficos desde la perspectiva de la salud pública, teniendo en cuenta el estado de salud de la población, es decir, dentro de un panorama de subdesarrollo, pobreza, crisis alimentaria y económica agravada por la deuda externa de la región. Este contexto permite una orientación hacia la ética social, con énfasis en el

bienestar común, la buena sociedad y la justicia, en lugar de los derechos individuales y virtudes personales. Los principios fundamentales desde esta perspectiva son la equidad y la justicia en la asignación de recursos y la distribución de servicios de salud (Mainetti, 1995).

Para Tealdi, la perspectiva latinoamericana plantea una macroética, que va más allá de la atención individual del paciente y que busca responder a las necesidades en salud de la población, con dignidad, justicia y políticas públicas; para lograrlo centra la función normativa en la perspectiva de los derechos humanos como fin moral común (Tealdi, 2004). Retomando el caso del paciente herido, la priorización de asignación, distribución y control de recursos en salud pública, la responsabilidad estatal, la participación de la población y la buena preparación del médico son prioritarios para este enfoque.

Singer, por su parte, propone un abordaje ético que implica considerar las consecuencias de las acciones y de las omisiones. Para esto retoma cuatro afirmaciones que son el núcleo de su teoría: el dolor es malo, sin importar a quién le duele; los seres humanos no son los únicos capaces de sentir dolor; al considerar la gravedad de quitar una vida, es necesario valorar los deseos del otro de seguir vivo y el tipo de vida que es capaz de llevar; y, por último, se debe considerar al ser humano responsable de lo que hace y de lo que deja de hacer. A partir de estas afirmaciones analiza aspectos relacionados con la vida de los seres vivos basándose en el principio de igual consideración de los intereses y su capacidad de experimentar dolor o felicidad (Singer, 2000).

McCullough agrega que se excluyen las personas que no poseen capacidades intelectuales adecuadas para valorar situaciones o que se encuentran coaccionadas en su libertad de elegir (Tom Beauchamp & McCullough, 1987). Sin embargo, la base para la toma de decisiones autónomas es la información adecuada y la certeza de la misma. En medicina no existen certezas absolutas; el ejercicio médico implica una incertidumbre en el resultado de la acción, en el cumplimiento de fines y objetivos. Es por ello que para Kottow, existe el riesgo del error en la toma de decisiones a pesar de la confianza y la relación médico-paciente (Kottow, 2007).

Diego Gracia plantea un procedimiento de toma de decisiones en la ética clínica estructurado en cuatro momentos: un sistema de referencia moral, un momento deontológico de juicio moral, un momento teleológico del juicio moral y, por último, el juicio moral propiamente dicho (Diego Gracia, 1996).

En primer lugar, el sistema de referencia moral involucra una premisa ontológica en la cual el hombre es persona con dignidad y sin precio, y una premisa ética en que todos los hombres son iguales y merecen consideración y respeto. En este momento, la razón realiza el proceso explicativo de la naturaleza del hombre, relacionando los ideales formales con explicaciones racionales y dotándolos de contenidos materiales. Desde este sistema de referencia, Gracia establece esbozos o supuestos sobre la forma en que se debe actuar.

En segundo lugar, el momento deontológico implica retomar los cuatro principios bioéticos de no maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia, y establecer si, de acuerdo con la situación, existe la obligación moral de cumplir con todos ellos. En caso contrario, se establece un nivel jerárquico trazando un nivel uno con los principios de no maleficencia y justicia y un nivel dos con los de autonomía y beneficencia. Para Gracia, esta clasificación es posible teniendo en cuenta que la no maleficencia se relaciona con el principio general de las personas de ser tratadas con consideración y respeto, lo que no depende de la voluntad; lo mismo sucede con la justicia, que es expresión de la igualdad de los hombres; así, estos dos principios son objetivos y deben ser cumplidos como obligación moral universal y común. Por su parte, los principios de beneficencia y autonomía se relacionan con el beneficio particular, dependen del propio sistema de valores y de la voluntad y se consideran más subjetivos.

En tercer lugar, el momento teleológico implica una evaluación de las consecuencias objetivas de nivel uno o subjetivas de nivel dos. Es decir, considerar las consecuencias de los principios éticos mínimos de no maleficencia y justicia como deber general valorando lo correcto o incorrecto, al tiempo que se estima la ética de máximos de los principios de autonomía y beneficencia como particular, estableciendo lo bueno o lo malo. Este proceso se realiza en la experiencia de confrontación de la situación real, específica y el caso concreto.

Por último, según Gracia, el juicio moral se presenta cuando hay análisis de caso, contrastándolo con el principio; se realiza una evaluación de consecuencias del acto considerando si se justifica una excepción, luego se contrasta la decisión con los principios de referencia y finalmente la toma de la decisión.

En oposición a la práctica desde el enfoque clínico hospitalario, la toma de decisiones del médico en contexto de guerra limita su carácter racional y pone en cuestionamiento la naturaleza neutral de la práctica médica.

Ante situaciones de conflicto entre principios o normas, se utilizan métodos para la toma de decisiones con procedimientos que pueden ser decisionistas o deliberativos. Para Gracia, el método decisionista utiliza la teoría de la elección racional e implica la elección entre dos alternativas, prevalecen las teorías normativas, los principios, la voluntad y la racionalidad. Por otra parte, el método deliberativo implica el estudio del procedimiento que se utiliza para la toma de la decisión, relacionando el lenguaje y la acción con la racionalidad (Diego Gracia, 2010).

En una situación donde la máxima de acción de un médico sobre un paciente herido en la guerra es la amputación del miembro inferior –siguiendo los protocolos de consenso académico y políticos– y teniendo en cuenta que no hay prótesis para todos, se elegirán los que tienen mayor posibilidad de sobrevivencia del miembro inferior. Por lo tanto, el paciente herido pierde la autonomía para decidir si quiere o no ser amputado, ya que el médico tiene unas máximas de acción y deberá, en algunos casos, elegir de acuerdo con los recursos que le permitan realizar una intervención que beneficie a la mayoría. Entonces, ¿existe verdadera autonomía como principio racional en la toma de decisiones en salud?

Un ejemplo de ello puede ser el caso de un desastre masivo, situación en la cual el médico que realiza el triaje decidirá quién recibirá primero el tratamiento y quién tendrá que someterse a espera, con el riesgo de morir. Para realizarlo aplicará los principios y valores morales que no admiten incertidumbre moral dado que implica no actuar y no sería acorde con la universalidad del ejercicio médico. La autonomía del paciente se somete al número de pacientes con mayor probabilidad de salvarse, sacrificándose incluso la vida misma. Moskop confirma que los sistemas tienden a

dirigir los recursos para atender a los pacientes cuyas necesidades son grandes y para quienes el tratamiento tiene probabilidad de ser exitoso, a la par que se mantienen los recursos de quienes no se beneficiarían del tratamiento (J. Moskop & K. V. Iserson, 2007).

Existe un gran número de situaciones en las cuales hay contradicción en los principios guía de acción que conllevan situaciones de dilema y conflicto. Para Kottow, los médicos que toman las decisiones emiten en forma rutinaria juicios en temas en que la opinión de la comunidad se encuentra dividida. En estos casos no hay una fórmula o mecanismo para determinar la respuesta correcta (Kottow, 2005, 2007).

3.3.3 Toma de decisión desde la normativa en tiempos de guerra

Todos los conceptos aquí definidos corresponden a las definiciones oficiales de la Asociación Médica Mundial (AMM), puesto que ésta es la organización internacional más importante en asuntos relacionados con la guerra.

La AMM se fundó en 1947. Sus antecedentes se remontan a la Segunda Guerra Mundial, cuando un grupo de médicos de las naciones aliadas se reunieron a discutir situaciones problemáticas de la práctica médica durante la guerra. Al finalizar la guerra, se planificó conformar una organización médica que remplazara a la *Association Professionnelle Internationale des Médecins*, creada en 1926, que suspendió sus actividades al comienzo de la Segunda Guerra Mundial. En la primera conferencia, realizada en París en 1946, se crearon los reglamentos y la constitución que finalmente se aprobaron en Londres en 1947. Teniendo en cuenta los crímenes de guerra y su relación con la medicina, se inició un trabajo encaminado a preparar un código internacional de ética médica, que finalmente fue aprobado en 1949 y que a la vez incluyó la declaración de Ginebra. En el periodo de 1949 a 1952 los problemas éticos relacionados con los crímenes cometidos por médicos durante la Segunda Guerra Mundial fueron denunciados a esta asociación que generó lineamientos para los juicios y sanciones a los médicos involucrados (Association, 2011).

La AMM está formada por asociaciones médicas de naciones voluntarias y a la fecha incluye 95 países miembros. Tiene como objetivo principal propiciar

declaraciones, códigos y lineamientos para la atención médica, la formación y educación de profesionales, representar a los profesionales médicos y velar por el cumplimiento de los derechos humanos mediante el ejercicio ético de la profesión (Asociation, 2011).

“A nivel mundial, la AMM ha elaborado una amplia gama de declaraciones éticas que especifican la conducta que deben tener los médicos, sin importar dónde vivan y trabajen. En muchos o en la mayoría de los países, las asociaciones médicas han tenido la responsabilidad de elaborar y hacer cumplir las normas éticas aplicables. Estas normas pueden tener fuerza de ley, según el planteamiento que tenga el país sobre el derecho médico”(AMM, 2005: 25).

La noción ética médica de la AMM está enmarcada en la ética general, ambas entendidas desde la AMM como intrínsecamente plurales, característica que les hace necesario un sistema de consenso para su aplicabilidad práctica; este sistema está compuesto por principios éticos fundamentales (AMM, 2005), que para la AMM corresponden a los derechos humanos básicos, proclamados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de Naciones Unidas.

La AMM asume los derechos humanos como consensos internacionales entre las múltiples corrientes morales que existen en el mundo entendido de manera pluralista y multicultural; por esta razón, los asume como una base adecuada para una ética médica que es y debe ser aceptada a través de fronteras nacionales y culturales; por ello se asume que la ética médica es aplicable por cualquier persona que ejerza la medicina sin importar dónde viva o trabaje (AMM, 2005: 16-24).

Los derechos humanos, además de servir de sustento de la ética médica, también se relacionan con ésta por estar estrechamente vinculados con su práctica, ya sea porque los médicos se ven expuestos a problemas derivados de la violación de los derechos humanos o porque el ejercicio médico está definido por el debate sobre la salud como derecho humano (AMM, 2005: 17-21).

Es importante definir cuáles son los derechos humanos más importantes para la AMM, puesto que ésta define como base de la ética médica los derechos humanos

fundamentales, y dentro del Derecho Internacional de los Derechos Humanos no existe aún consenso sobre el concepto de “fundamental”, más allá de aceptar que en esta categoría el criterio de entrada es el grado de importancia dado a algunos derechos sobre otros. Los derechos humanos definidos por la AMM como especialmente importantes para la ética médica son el derecho a la vida, a no ser discriminado, a no sufrir tortura y trato cruel, inhumano o degradante, a la libertad de opinión y expresión, derecho a acceso igualitario a los servicios públicos de un país y a la atención médica (AMM, 2005: 24).

La ética médica se diferencia de las demás formas de ética en que enfatiza los valores de la compasión, la competencia y la autonomía como guía para sus actos, así como en que se profesa públicamente en una declaración –la de Ginebra– y un código adoptados por la Asociación Médica Mundial.

La bioética y la ética médica están estrechamente relacionadas, mas no son lo mismo. Pues mientras que la “(...) *bioética es un tema amplio que trata problemas morales derivados de los avances en las ciencias biológicas de manera más general*²(...)”(AMM, 2005: 13); y no necesita, por tanto, de la aceptación de los valores morales constituyentes de la ética médica, la AMM considera que la ética médica no es absoluta ni autorreferida, pues en la práctica está irresolublemente atada a otros códigos que la limitan, modulan e incluso transforman, como las legislaciones del país donde ejerce, la religión y las codificaciones sobre el ejercicio de la profesión médica que pueden venir de campos como la economía y la administración. Cada codificación sobre la conducta médica proveniente de diversas fuentes puede generar responsabilidades yuxtapuestas, y hasta contrapuestas, y múltiples obligaciones. Estos principios éticos conforman un marco general y amplio de actuación.

Los códigos que la AMM considera que estarán en mayor interrelación con la ética médica son los derechos humanos como orden normativo moral y el derecho

² Esta relación entre ética médica y bioética es propia del concepto de bioética en los términos de la AMM; no obstante, existen corrientes disidentes de este modo de entender la bioética que proponen a su vez otras formas de relación entre esta y la ética médica.

interno como orden normativo jurídico. Como se indicó, la ética médica está fuertemente atada a los derechos humanos. En cuanto al derecho interno, muchas veces la ética médica se sirve de éste como modo de coacción a quienes incumplan la ética médica en los países donde este código ha sido positivizado³ en el ordenamiento jurídico interno, o por el contrario la ética médica puede no corresponder con el derecho interno del país y generar dilemas éticos y jurídicos.

La iniciativa del Manual de ética médica surgió de la 51ª Asamblea Médica Mundial en 1999, cuando la AMM decidió recomendar a las escuelas de medicina del mundo que la enseñanza de la ética médica y de los derechos humanos que la sustentan se incluyera en los currículos obligatorios de las escuelas de medicina. En este contexto surgió el manual como guía didáctica del accionar médico según los lineamientos y políticas de la AMM y con el objetivo de reforzar la actitud ética y la práctica de los médicos, además de brindar herramientas para asumir posiciones éticas respecto a los posibles dilemas con que se puede encontrar el profesional de la medicina en el ejercicio de sus labores (AMM, 2005).

Uno de los usos prácticos centrales del manual es servir de herramienta para la interpretación del código de ética médica, partiendo del supuesto de que cualquier codificación sobre este tema es un consenso general de cómo deben actuar los médicos, una guía de lo aceptado en la comunidad y una unificación de criterios con el fin de construir unos límites marco para la toma de decisión, si bien aceptando que ésta finalmente recae en el médico. En principio, el código debe seguirse, pero por su naturaleza genérica permite que, en casos en que existan buenas razones, se pueda actuar de maneras disímiles.

El manual pretende generar un marco de acción para regular las relaciones que tienen los médicos; acepta como principal la relación médico-paciente, cuyo lazo se

³ En terminología jurídica, el concepto “positivizar” hace referencia al hecho de que una norma, un concepto, una idea, etc., pase a convertirse en parte del derecho positivo de un Estado, entendiendo por derecho positivo toda norma vigente que sea producto de, y esté sustentada en, el ordenamiento legal de un Estado.

refuerza a través de la práctica ética y de la consideración del paciente como lo más importante (AMM, 2005: 10).

El código de ética médica, así como todos los demás códigos y declaraciones políticas proferidos desde la AMM deben ser seguidos en todo el mundo por las personas que ejerzan la práctica médica. El fundamento de estos códigos y declaraciones no es necesariamente jurídico, pues va más allá de ello, es decir más allá de que éstos se positivicen en las diversas legislaciones internas haciéndolos vinculantes jurídicamente y determinando como punible la conducta contraria. La razón para que éstos sean acatados parte del supuesto de que reflejan el consenso universal gremial de cómo deben actuar quienes ejercen la medicina, y por ello deben seguirse, “(...) *a menos que existan buenas razones para actuar de otra manera (...)*” (AMM, 2005: 25). Su fundamento básico es moral, no jurídico.

La AMM definió los modos de actuar de los médicos en contextos de conflicto armado en la *Regulación de la AMM en tiempos de conflicto armado*⁴, según la cual la ética médica de los tiempos de conflictos armados es igual a la de los tiempos de paz. La AMM prevé los conflictos de lealtades que se pueden dar en un contexto de este tipo, para lo cual determina como principio de decisión ético para los médicos la lealtad a los pacientes como virtud primaria.

El médico está irresolublemente atado a las convenciones sobre derechos humanos, derecho internacional humanitario y las declaraciones de la AMM sobre la ética médica. Este vínculo no es, en principio, jurídico; el que sea o no vinculante jurídicamente depende de la positivización de las codificaciones mencionadas en los ordenamientos jurídicos internos de cada país. No obstante, sí se asume como un vínculo a un sistema normativo de orden moral (AMM, 2006).

⁴ Esta regulación fue adoptada por la 10ª Asamblea Médica Mundial, La Habana, Cuba, octubre de 1956; fue editada por la 11ª Asamblea Médica Mundial, Estambul, Turquía, octubre de 1957, y enmendada por la 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983, la Asamblea General de la AMM, Tokio, 2004, y finalmente revisada su redacción por la 173ª Sesión del Consejo, Divonne-les-Bains, Francia. 1986

Los tres órdenes normativos⁵ mencionados están vinculados al ejercicio de la ética médica en todo tiempo; no obstante, el vínculo derivado del DIH se hace efectivo solamente en tiempos de conflictos armados. Los principios éticos aplicados tanto al tratamiento como a todo tipo de intervención médica (como la investigación), se aplican por igual en tiempo de conflicto y en tiempo de paz, aunque en tiempos de conflictos armados se explicita la prohibición absoluta de experimentos en seres humanos privados de su libertad, en especial prisioneros civiles y militares, y en población de países ocupados(AMM, 2006).

Las obligaciones derivadas de los tres órdenes normativos que aplican al personal médico en contexto de guerra se sintetizan en los catorce numerales que componen el pronunciamiento “Regulaciones de la AMM en tiempos de conflicto armado”(AMA, 1983):

1. *La ética médica en tiempos de conflicto armado es idéntica a la de tiempos de paz, como está estipulado en el Código de Ética Médica de la Asociación Médica Mundial. Si al cumplir con su deber profesional el médico tiene un conflicto de lealtades, su primera obligación es con sus pacientes; en todas sus actividades profesionales el médico debe respetar las convenciones internacionales sobre derechos humanos, derecho internacional humanitario y las declaraciones de la AMM sobre ética médica.*

2. *La misión esencial de la profesión médica es preservar la salud y salvar la vida humana. Por lo tanto, no se considera ético:*

a. *Dar consejo o realizar un acto médico profiláctico, diagnóstico o terapéutico que no esté justificado para la atención médica del paciente.*

b. *Debilitar la resistencia física o mental de un ser humano sin justificación terapéutica.*

⁵ No solo las normas que hacen parte del Derecho internacional de los derechos humanos con carácter vinculante entran como fundamentos del accionar médico; hacen parte también todos los derechos reconocidos como tales a través de convenciones, más allá de que estas sean o no vinculantes jurídicamente; la AMM privilegia el vínculo moral con los derechos humanos más que el jurídico. Basándose en el mismo principio vinculante, más moral que jurídico, la ética médica incorpora el DIH y las declaraciones de la AMM sobre la ética médica.

c. *Utilizar métodos científicos para poner en peligro la salud o destruir la vida.*

d. *Utilizar información personal de salud para facilitar un interrogatorio.*

e. *Tolerar, facilitar o participar en tortura o cualquier otra forma de trato cruel, inhumano o degradante.*

3. *Durante los tiempos de conflicto armado, se aplican las normas éticas estándares, no solo en cuanto al tratamiento, sino también a todas las otras intervenciones, como la investigación. Los experimentos en seres humanos están estrictamente prohibidos sobre aquellos individuos privados de su libertad, en especial los prisioneros civiles y militares y la población de países ocupados.*

4. *El deber médico de tratar a las personas con humanidad y respeto se aplica a todos los pacientes. El médico debe suministrar siempre los cuidados inmediatos imparcialmente y sin consideración de edad, enfermedad o discapacidad, credo, origen étnico, sexo, nacionalidad, afiliación política, raza, orientación sexual, posición social o cualquier otro criterio similar.*

5. *Los gobiernos, las fuerzas armadas y otras personas en cargos de poder deben cumplir con los Convenios de Ginebra, a fin de asegurar que los médicos y otros profesionales de la salud puedan prestar atención a todo quien la necesite en situaciones de conflicto armado. Esta obligación incluye el requisito de proteger al personal de salud.*

6. *Como en tiempo de paz, el médico debe guardar el secreto médico. Sin embargo, también en tiempo de paz pueden darse circunstancias en las que el paciente representa un serio riesgo para otras personas y el médico tendrá que considerar su obligación con el paciente contra su obligación con otras personas amenazadas.*

Esto implica que es potestad solo del profesional decidir entre las obligaciones de guardar el secreto médico hacia el paciente o su obligación de proteger a otras personas amenazadas.

7. *Los privilegios y las atribuciones conferidas al médico y otros profesionales de la salud en tiempos de conflicto armado deben servir únicamente para los objetivos de la atención médica.*

Por lo tanto, el médico no puede ser utilizado en su ejercicio de la medicina para cumplir objetivos militares antes que médicos, con independencia de su pertenencia a cualquiera de las partes involucradas en el conflicto armado.

8. *El médico tiene el claro deber de atender al enfermo y al herido. La prestación de esta atención no debe impedirse o considerarse como algún tipo de ofensa. El médico nunca debe ser procesado o castigado por cumplir con alguna de sus obligaciones éticas⁶.*

9. *El médico tiene el deber de presionar a los gobiernos y otras autoridades para que proporcionen la infraestructura que es un requisito previo para la salud, incluidas el agua potable, alimentos adecuados y refugio.*

10. *Cuando el conflicto parece ser inminente e inevitable, el médico debe, en lo posible, asegurar que las autoridades consideren la restitución de la infraestructura de salud pública inmediatamente después del conflicto.*

11. *En casos de emergencia, el médico debe prestar atención inmediata en la mejor forma posible dentro de su capacidad. Los enfermos y heridos, civiles o combatientes, deben recibir rápidamente la atención que necesitan. No se hará ninguna distinción entre pacientes, salvo la que determine la necesidad clínica.*

12. *El médico debe tener acceso a los pacientes, instalaciones y equipos médicos y la protección necesaria para ejercer libremente sus actividades profesionales, dándosele toda asistencia necesaria, incluidos el libre paso y la independencia profesional total.*

Al igual que en los demás numerales de las regulaciones, no se hace distinción entre médicos civiles y médicos pertenecientes a alguna de las fuerzas en conflicto; por lo tanto, se asume que la condición de médico debe primar por encima de cualquier otra condición que acompañe a la persona que ejerce.

13. *En el desempeño de su misión, por lo general, los médicos y los profesionales de la salud serán identificados por símbolos reconocidos internacionalmente, como la cruz roja y la media luna roja.*

⁶ La negrilla es de la autora.

14. *Los hospitales y las instalaciones de atención médica situados en zonas de guerra deben ser respetados por los combatientes y por los informadores de los medios de comunicación. La prestación de atención médica a enfermos y heridos, civiles o combatientes, no puede ser objeto de publicidad morbosa o propaganda. Debe respetarse siempre la intimidad de los enfermos, los heridos y los muertos.*

Como se puede observar, la declaración de la Asociación Médica Mundial permite establecer una posición alrededor de las acciones médicas en tiempo de conflicto armado. A través de estas, el médico puede, en teoría, optar por aquellas máximas consensuadas que le permitan ejercer su oficio sin presión alguna y teniendo en primer lugar al paciente. Sin embargo, de acuerdo con lo que se ha revisado sobre experiencias previas en campos de guerra, el médico queda expuesto a muchas situaciones que no responden a lo previamente establecido.

3.4 *Ejercicio de la medicina en tiempo de guerra*

Es preciso aclarar que este trabajo no pretende realizar un desarrollo teórico sobre la guerra, ya que no es el propósito del estudio. Sin embargo, se hace necesario realizar una revisión de la forma como se ha abordado el tema de la guerra desde la medicina, donde se destacan, entre otros autores, los aportes de Michel Gross.

Walzer y Gross entienden la guerra como un conflicto entre dos o más grupos con el propósito de controlar, defender, mantener o derrocar unos recursos naturales o humanos específicos. Al mismo tiempo, se plantea como una situación de emergencia suprema, es decir, en donde los valores más arraigados y la supervivencia colectiva se hallan en peligro inminente (Walzer, 2004).

Existen limitaciones sobre el uso proporcional de la fuerza armada que se expresan en el *ius ad bellum* y el *ius in bello*. El *ius ad bellum* hace referencia a la facultad de un Estado para recurrir a la guerra o a la fuerza en casos justificados. De esta forma se identifican las situaciones en que se acepta el uso unilateral de fuerza,

intensidad y magnitud de una acción militar por parte de una institución política legítima (Haggenmacher, 1983).

El *ius in bello*, por su parte, proporciona la distinción para elegir los medios y los métodos de guerra. En la guerra existen límites a lo que un Estado puede hacer en defensa propia; la emergencia suprema (definida por Walzer (2004). como una aquella que se produce cuando los valores más arraigados y la supervivencia colectiva se hallan en peligro inminente) es, por ejemplo, un momento de toma de decisiones heroicas, en el que las naciones y los dirigentes se miden por las medidas que adoptan (Coates, 2006).

Se plantean clasificaciones del tipo de guerra según la justificación, motivo y participación o no de agentes estatales. Una guerra es justa cuando existe una autoridad legítima que la convoca, una causa justa y una intención correcta.

Según el objetivo, motivo y estrategias utilizadas, se distinguen guerras de guerrillas, guerras de intervención, guerras convencionales, guerras preventivas y guerras asimétricas o no convencionales.

Para Gross, las guerras de guerrillas se presentan cuando un grupo no estatal pelea contra un gobierno constituido que viola derechos constitucionales o que se ha tomado el poder de una forma ilegítima. También ocurre cuando un grupo armado, generalmente llamado guerrilla de liberación, lucha contra un ejército que invade otro territorio amenazando la estabilidad interna y, por lo tanto, se requiere la defensa del territorio contra la amenaza colonialista (Gross, 2010d).

Siguiendo a este autor, en las guerras de intervención las naciones intervienen en otros Estados para resolver las amenazas contra la paz y estabilidad internacional, rescatando a los ciudadanos y creando condiciones necesarias para la ayuda humanitaria y la vigilancia del país invadido mientras éste se organiza. Las guerras convencionales se dan entre dos naciones legítimamente constituidas cuando existe violación de territorio y un motivo aceptado por la legislación internacional. Las guerras asimétricas implican dimensiones materiales, legales y morales desiguales que se reflejan en la disparidad de armas y en actores no estatales, como puede ser, por ejemplo, la guerra de guerrillas (Gross, 2010d).

El teórico Jeff señala que las guerras preventivas son aquellas en que un Estado ataca a otro cuando hay evidencia competente de que este lo atacará injustamente en un futuro, cuando es posible eliminar la amenaza antes de que se presente el ataque – ahorrándose costos materiales y humanos– o cuando los medios pacíficos de acuerdos prueban ser inefectivos. En estos casos, argumentando la causa de seguridad nacional, se justifican ataques dentro del concepto de guerra justa (Jeff, 2006).

Para Walzer, el propósito de la teoría de una guerra justa consiste en producir principios que no estén al servicio de un Estado en particular ni de un grupo político o sociedad. La neutralidad, por lo tanto, es una forma colectiva y voluntaria de no participar en el combate; colectiva en la medida en que los beneficios buscan alcanzar a todos los miembros de una comunidad política, y tiene carácter voluntario porque cualquier Estado puede acogerse ante una guerra o una probable guerra entre otros Estados. Los deberes de un Estado neutral requieren de imparcialidad para con los beligerantes e implican no hacer referencia a la justicia de su causa ni a ningún sentimiento de buena vecindad, afinidad cultural o concordancia ideológica (Walzer, 2001).

El tipo de armas y técnicas utilizadas para la guerra permite plantear guerras con armas letales, armas no letales, terrorismo, chantaje, tortura, asesinato y ejecución. Las armas letales causan la muerte inmediata de los agredidos, incluyen proyectiles de largo alcance, armamento nuclear y explosivos, y tienen como finalidad matar al enemigo. Las armas no letales incluyen aparatos de ondas de energía y agentes químicos que incapacitan a fuerzas oponentes, causando desorientación y minimizando el daño a no combatientes. Las armas biológicas y químicas que son consideradas letales se utilizan en algunos conflictos armados (Michael Gross, 2006a). La tortura interrogativa consiste en la utilización de medios físicos y psicológicos para obtener información relacionada con estrategias del enemigo.

El terrorismo consiste en el uso del terror para coaccionar sociedades o gobiernos; se utiliza como una forma de violencia política y puede ser ejercido por autores estatales o no. Se diferencia de los actos de guerra porque se produce cuando no existe un conflicto armado (Gross, 2010b).

Las tácticas y el tipo de armas utilizadas establecen una diferenciación entre guerras asimétricas y guerras simétricas. En la guerra asimétrica, se utiliza también el chantaje y la extorsión como prácticas para amenazar a los civiles y presionar a gobiernos estatales o no estatales para finalizar un conflicto. Es así como se puede llegar a aceptar el ataque a civiles clasificados como combatientes, definidos como blancos asociados a discreción de las partes del conflicto (Gross, 2010a).

La guerra asimétrica, por lo tanto, hace referencia al uso de tácticas no convencionales para contrarrestar la superioridad militar convencional de un adversario. Para Rodin, el uso de armas químicas, biológicas, nucleares, la información de guerra, el terrorismo y los conceptos operacionales alternativos (incluyendo las tácticas de guerrilla y la intervención de actores no estatales como pares en combate), hacen parte de este tipo de conflicto (Rodin, 2006).

La comunidad académica internacional clasifica a los involucrados en un conflicto armado como combatientes, no combatientes y civiles. Se consideran combatientes las personas que portan armas y hacen parte del conflicto. Los soldados irregulares, cuerpos voluntarios, milicias que representan al Estado y su fuerza militar se clasifican en esta categoría, así como las guerrillas que participan en guerras de liberación nacional en las cuales existe una justa causa. Los no combatientes son las personas que no forman parte activa de las hostilidades, como son los prisioneros de guerra y los heridos.

En la población civil se encuentran quienes no usan armas, que el Estado debe proteger. Se consideran inmunes y son protegidos por el derecho internacional humanitario. Sin embargo, para Gross la inmunidad de los no combatientes se afecta cuando las naciones enfrentan una emergencia suprema en que se anulan las convenciones de guerra y se permite a los beligerantes lastimar de forma intencional a los no combatientes con el fin de “poner al enemigo de rodillas”. En consecuencia, durante una guerra tipificada como emergencia suprema, un Estado ya no tiene el imperioso deber de preservar las vidas de todos sus ciudadanos. (Michael Gross, 2006a).

De igual manera, según Wenger, cuando la guerra asimétrica se confunde con la guerra local, no existe una clara distinción entre civiles y combatientes (Wenger & Mason, 2009).

4. METODOLOGÍA

4.1 *Enfoque cualitativo*

En las investigaciones en medicina predomina el enfoque cuantitativo como racionalidad hegemónica que permite abordar los problemas del conocimiento, tal como lo expone la mecánica clásica, el pensamiento cartesiano, el empirismo y, como es propio de la corriente dominante actualmente, el positivismo. Las características enunciadas permiten realizar una lectura de la realidad utilizando el método analítico, experimental y probabilístico dentro de una lógica deductiva y universalista. Así, la medición de los fenómenos como factores de riesgo y causas de la enfermedad se convierte en la herramienta preferencial para predecir y generar conocimientos como enfoques explicativos de los eventos.

El anterior razonamiento, para Camargo, puede resumirse en tres proposiciones:

- i) Producción de discursos con validez universal a través de modelos leyes de aplicación general, es decir, de generalizaciones.
- ii) Enfoque teórico y experimental para la obtención de leyes, donde predomina un enfoque netamente cuantitativo analítico.
- iii) La búsqueda de objetividad (Camargo, 2005).

En oposición a lo expuesto anteriormente, en esta investigación se adoptó un enfoque cualitativo, dado que sus propósitos no fueron predecir ni universalizar, sino comprender e interpretar a través de una lectura holística de la realidad con una lógica inductiva y particular.

El enfoque cualitativo del conocimiento incluye las orientaciones fenomenológicas y hermenéuticas. La fenomenología tiene sus antecedentes, principalmente, en el pensamiento de Edmund Husserl (1859-1938), quien estima que las ciencias del espíritu “permiten que los individuos sean el principal objeto de

indagación”. Se plantea un método de la intuición y de la descripción de lo intuitivo, que se refiere a lo dado, es decir hacia las cosas mismas (Bochenski, 1962).

Se reconoce que Husserl permite el surgimiento de la fenomenología con categorías que incluyen al sujeto, el tiempo y el lenguaje. En sus planteamientos, por ejemplo, reconoce que el sujeto es el objeto principal de la investigación, no los hechos, ya que los hechos ‘cosifican’ a los individuos. El tiempo hace posible, de esa manera, conocer el devenir y la circularidad del hombre, así como el transcurrir de sí mismo en tanto que el ser humano es, a pesar de las transformaciones y los cambios, un ser en sí mismo. Finalmente, Husserl plantea que el fundamento de cualquier tipo de conocimiento en relación al sujeto y su singularidad se hace a través del lenguaje, dado que el lenguaje se construye y se hace posible solo a través de las palabras o elementos significantes (que significan algo) que permiten comunicarse con el otro (Bochenski, 1962).

Adicionalmente, es importante reconocer que los planteamientos fenomenológicos de Husserl inauguran la tradición hermenéutica de autores como Martin Heidegger o Gadamer, que sitúan el lenguaje y la comprensión como un asunto esencial en la comprensión de la realidad.

La hermenéutica permite dar cuenta de la experiencia humana por medio de la interpretación del ser que se abre al mundo a través del lenguaje, determinando así el carácter narrativo de la experiencia humana. La narración se convierte en una forma de crear y producir sentido, mismo que es interpretado a través de las metáforas y de los símbolos.

Betti (1990), presenta la potencia que tiene la hermenéutica para esclarecer los fundamentos y distinguir los tipos de una interpretación. Para hacerlo, destaca las formas representativas de sentido enmarcadas en los sonidos, los recuerdos y los escritos que permiten reconstruir el pensamiento creador que las anima. De esta forma, el espíritu humano puede ser comprendido a través del lenguaje como forma representativa

en tanto que invita a retomar el sentido del texto en el texto mismo. Betti reconoce también la importancia de la interpretación del objeto mismo, incitando a comprender el sentido del todo a partir de las partes y a aprehender las partes relacionándolas con el todo (Betti, 1990).

No obstante, dada la importancia que tiene el uso de la narrativa en esta investigación, se adoptaron los presupuestos de la fenomenología hermenéutica ricoeuriana, pues su autor, Paul Ricoeur, trabaja de forma extensiva el lenguaje situado en las narrativas.

En su texto *Narratividad, fenomenología y hermenéutica* (2000), Ricoeur se reconoce a sí mismo como un fenomenólogo hermenéutico atendiendo a tres características principalmente: la filosofía reflexiva, la influencia fenomenológica y la variante hermenéutica de la fenomenología.

En referencia a la filosofía reflexiva, esta se caracteriza por “*la posibilidad de comprensión de uno mismo como sujeto de las operaciones cognoscitivas, volitivas y estimativas*” (Ricoeur, 1997: 200). De esta forma, la reflexión permite retornar a uno mismo y retomar en la responsabilidad moral y la claridad un principio unificador de sujeto.

En cuanto a la influencia fenomenológica, ésta permite vincular a la reflexión filosófica anteriormente expuesta, la transparencia y la intencionalidad del sujeto, de forma tal que coincida consigo mismo: “*la primacía de la conciencia de algo sobre la conciencia de sí*” (Ricoeur, 1997: 201). Sin embargo, indica el autor, no es suficiente con la reflexión fenomenológica porque: “*la fenomenología queda, así, atrapada en un movimiento infinito de 'interrogación hacia atrás' en el que se desvanece su proyecto de auto fundamentación radical*” (Ricoeur, 1997: 201) .

Por ello Ricoeur plantea la tradición hermenéutica como complemento de la fenomenología, ya que permite, entre otros aspectos, la comprensión histórica de los

textos y la comprensión de las intencionalidades de los sujetos arrojados en la sociedad. Es decir, trabaja la conquista, no solo de la cognición, sino la conquista del mundo de la vida a través de la narrativa.

La función narrativa ricoeuriana identifica el acto de narrar como una forma de reconocerse en el mundo. Ricoeur plantea que la vida tiene que ver con la narración, ya que la historia da cuenta del hombre: *“La vida solo se comprende a través de las historias que contamos sobre ella, entonces podemos decir que una vida examinada es una vida narrada”*(Ricoeur, 2006a: 20).

El relato de la experiencia vivida encuentra, en la narrativa, recursos simbólicos que permiten que la acción sea narrada, lo cual se logra mediante la articulación simbólica con el lenguaje, definiendo una trama que une las circunstancias, el tiempo y el sentido en una síntesis del relato que reconfigura la vida del narrador en el texto (Ricoeur, 2006a).

A partir de lo expuesto, en este trabajo se adoptó el enfoque narrativo planteado por Ricoeur, en sus tres dimensiones enunciadas: reflexión, hermenéutica y narración.

El enfoque cualitativo permitió abordar la práctica médica como una historia narrada, develando los hábitos, actitudes y contextos en torno a la atención del paciente en el contexto de guerra, lo que posibilitó la reconstrucción de la acción y elección del médico. También fue posible valorar las condiciones de la relación médico-paciente y del ejercicio profesional expresadas en la confianza, la honestidad y la prudencia. Por último, se abordó el entorno racional del proceso de toma de decisión explorando si el médico visibiliza deberes y principios morales de acción en el ejercicio profesional.

4.2 *Diseño de investigación*

Tal como se indicó en el enfoque de esta investigación, se buscó adoptar el diseño de investigación narrativo desde la propuesta de Paul Ricoeur. La narrativa

ricoeuriana identifica la experiencia humana articulándola al carácter temporal, al texto y a la trama. El carácter temporal se arraiga en el tiempo que puede narrarse; los textos que conforman la narrativa ordenan el lenguaje mismo en unidades de discurso más largas que la frase; y finalmente la elaboración de la trama consistirá en la selección y disposición de los acontecimientos y las acciones narradas (Ricoeur, 1997: 197-200).

El carácter hermenéutico de este estudio permitió retomar, en la narrativa la experiencia humana como forma de producir sentido, crear imágenes y establecer síntesis en relación con el sujeto ético, reconociendo siempre un sujeto narrativo. El investigador Moratalla plantea que, en el uso de la narrativa, el sujeto es ético, práctico, lingüístico y narrativo. Por lo tanto, la narrativa permite establecer esa dimensión de identidad temporal del sujeto que expresa su experiencia moral en su identidad narrativa (Moratalla, 2007).

El teórico Gracia, por su parte, reconoce el carácter narrativo de la vida humana y de la ética al considerar que *“la fuente más importante de conocimiento de la vida, la cultura y de la moral son las tradiciones narrativas”* (Diego Gracia, 2004: 192). A través de la hermenéutica, indica Gracia, se interpreta el sentido de los textos narrativos, los cuales se sitúan en el tiempo y en la historia.

En particular se adoptaron las narrativas médicas (Charon, 2003). El término narrativa médica se refiere a la utilización de habilidades narrativas para reconocer, absorber, interpretar y crear las historias de la enfermedad.

Este enfoque se considera un nuevo marco para el cuidado de la salud, con una perspectiva en el tratamiento de la enfermedad a través de las narraciones del paciente sobre sus síntomas, identificando las metáforas o imágenes usadas para narrar su padecimiento. Las narrativas médicas se han utilizado, en la educación y enseñanza de la medicina, como método para plantear investigaciones, entender y diagnosticar la enfermedad, reflexionar sobre la medicina, interactuar con profesionales de la salud y

para realizar seguimiento al cumplimiento de las responsabilidades médicas (Charon, 2006).

Charon incluye como características de la medicina narrativa la temporalidad, la singularidad, la causalidad, la intersubjetividad y la eticidad. En primer lugar, la temporalidad permite establecer el orden, la duración y la frecuencia de la experiencia del sujeto; las narrativas son leídas en el tiempo para reconocer y curar. Por otra parte, la singularidad captura, valga la redundancia, lo singular, lo irreplicable, lo inconmensurable, lo original e irrepetible que depende de la experiencia del sujeto y de su capacidad de recrear la historia; si el médico reconoce esta singularidad podrá establecer una relación médico-paciente basada en el enfermo. En relación con la causalidad, ésta se expresa en la trama narrativa, si bien no es únicamente un listado de una serie de eventos separados unos de otros o estados de aventuras, van ligados unos de otros con una relación entre ellos (Charon, 2006).

En esta investigación, las narrativas médicas permitieron comprender los ajustes de vida de los médicos, en la medida en que fueron una alternativa que unió las diferentes dimensiones que se encuentran entre las acciones y las decisiones: por una parte, la relación con las situaciones dilemáticas y los principios morales que en estas subyacen en el contexto de la guerra; y por otra, las emociones que subyacen en sus elecciones. Por ello, la narrativa se convirtió en un puente para compartir experiencias del ser médico, en tanto que el caso médico constituyó una narrativa que involucró una confluencia de personas, intereses, creencias, lugares, tiempos y cosas, sobre los cuales se construyeron argumentos y se tomaron decisiones; una convergencia de signos e ideas que, al ser discernidas y cuidadosamente seguidas, permitieron hacer interpretación (Charon, 2003).

Para Greenhalgh (1999), en la narrativa médica se parte de una secuencia de eventos en el tiempo relacionados con las acciones. En esta investigación, dichas acciones en torno al paciente están inmersas en un contexto de guerra e indican lo que es

relevante o irrelevante para el médico (que es quien narra los hechos), al mismo tiempo que comparte diferentes puntos de vista sobre su historia.

De esta forma, las narrativas del médico permiten capturar el proceso de asistencia alrededor de la atención de la enfermedad. Las narrativas, en ese sentido, se convierten en una manera de abordar holísticamente las acciones y decisiones del médico como opción para interpretar la resolución de situaciones dilemáticas; contar una historia implica interpretar la acción, al mismo tiempo que permite medir, contextualizar y tener la perspectiva del protagonista, al definir cómo, por qué y qué es lo que orienta sus elecciones como médico en situación de conflicto. El estudio de estas narrativas permite desarrollar y estudiar sentimientos, grietas y dolores morales alrededor de la práctica médica (T. Greenhalgh & Hurwitz, 1999), mediante la comprensión de la situación de los profesionales de la salud a través de historias con un trasfondo cultural, ambiental, social y físico (Trisha Greenhalgh, 1998).

Las narrativas facilitaron a los médicos contar su experiencia con sus propias palabras, fuerzas argumentativas, sentidos y significados; éstas les permitieron, a su vez, transmitir sentimientos, pensamientos y sensaciones alrededor de las situaciones dilemáticas en contextos de guerra, favoreciendo una construcción del significado, al mismo tiempo que se identificaban los principios que guiaban la toma de decisión (Goyal *et al.*, 2008). Este enfoque hermenéutico-interpretativo lleva a un análisis ético de las formas en que fueron contruidos y compartidos los argumentos de la vida en comunidad (ética), de tal modo que ayuda a comprender las diferencias entre la lógica y la intuición del médico al realizar el proceso de toma de decisión en un contexto de guerra (Kirklin, 2007).

El investigador Morris presenta la importancia de “*pensar con historias*” como proceso dinámico que permite estudiar la ética de la acción involucrando el sentimiento del narrador. Estas historias permiten valorar el pensamiento y la acción moral del protagonista permitiéndole escribir una ética narrativa. De esta forma, se incluyen las condiciones bioculturales en las que está inmersa la práctica médica (es decir, su

contexto histórico y social), condiciones que son, precisamente las que motivan principalmente la presente investigación (Morris, 2002).

Respecto a estudios en ética práctica desde la medicina narrativa, se reconoce la investigación y pensamiento de Earl Wilker (1996), quien plantea la existencia, dentro de la ciencia médica, de historias con importante cualidad narrativa. Así, presupone que los conflictos éticos se presentan como historias antagonistas, donde los hábitos y las actitudes determinan los desacuerdos. Esto permite plantear que no hay historias iguales y por lo tanto no se juzgan actos sino contextos que generan medios en oposición (Winkler, 1996).

Para los objetivos de este estudio, la narración hizo posible el marco interpretativo alrededor de las decisiones y las acciones en situaciones que generaron dilemas a los médicos en el contexto de guerra. Esta elección del médico fue guiada por la interpretación de los principios considerados por el sujeto como los más razonables y útiles entre las muchas alternativas disponibles. De esta forma, la narrativa enriquece la ética analítica dado que permite estar más atentos a *“los significados de las singulares situaciones humanas”* (Charon, 2006: 115-145). Por lo tanto, a través de la narración se hacen visibles las opciones éticas que surgieron en la formulación de un caso.

Por otra parte, la narrativa en la ética y en la medicina es reconocida por el lugar que ocupa el lenguaje en la vida de los seres humanos, quienes incorporan las sensaciones y percepciones, sus deseos e ideas, en una forma para contar a los otros. Las narrativas se usan en la práctica de la bioética para resolver los conflictos en salud, capturando la temporalidad, la singularidad, la causalidad, la intersubjetividad y la eticidad.

La utilización de las narrativas del médico en torno a sus vivencias en situaciones dilemáticas en contexto de guerra, permitirá “reconocer las dudas en que se incurra en la cercanía de la intersubjetividad por mutua singularidad en medio de las causas y contingencias propias del actuar” (Charon, 2006).

El proceso de toma de decisión está adscrito a diversas orientaciones éticas e implica elegir la alternativa que permita responder a una situación médica determinada. En este caso, las narrativas permitieron valorar, el razonamiento narrativo, es decir, pensar con historias en vez de pensar sobre historias. En especial, para las situaciones dilemáticas alrededor de la práctica médica, se logró usar la narración como parte del razonamiento moral, más allá de una simple ilustración de las conclusiones morales derivadas de otros métodos de razonamiento, que hizo posible comprender lo que piensa el médico de su acción relacionándolo con los contextos de guerra (Brody, 2002).

Las narrativas permitieron, a su vez, comprender las prácticas morales en la acción cotidiana; el acto de narrar da cuenta de los casos singulares, concretos y únicos en el contexto de la cultura, así como de las tradiciones y las condiciones personales. Estudiar las acciones médicas como un proceso y no como una teoría permitió explorar en profundidad los problemas morales, ya que solo en los actos de contar, escuchar, escribir y narrar se encuentra una interpretación a las situaciones y principios morales que guiaron la toma de decisión del médico en el contexto de guerra (Meininger, 2005).

Como expone Hudson (1998), los médicos y los profesionales de la salud deben escribir sus experiencias de testimonio alrededor de la práctica a fin de colaborar en la discusión en torno a la ética médica profesional; así, la teoría narrativa se convierte en nueva manera de abordar la ética médica. La forma ideal de la ética médica debe tener en cuenta no solo la historia del paciente y del médico, sino la de todas las personas que se vean involucradas en la decisión, construyendo puntos en común para lograr dilucidar una mejor solución (Hudson, 1998).

Las narrativas dieron la posibilidad de comprender e interpretar las acciones y decisiones del médico de acuerdo con su contexto particular. De esta forma, el médico intercambió la experiencia de su ejercicio profesional, reconociéndose a sí mismo como protagonista de su historia y develando de forma auto-reflexiva aspectos relacionados con su acción.

Este enfoque se centró en la historia individual, teniendo como eje el contexto y el médico. Permitió incorporar las experiencias vividas por los médicos en el contexto

de guerra y explorar los significados presentes en los procesos de interrelación, identificación y reconstrucción de sus acciones a partir de las narrativas.

Finalmente, las narrativas hicieron posible adentrarse en la práctica de los médicos interpretando sus experiencias, perspectivas, dimensiones y cultura, en tanto que se hicieron visibles las creencias, perspectivas personales y valoraciones de los principios morales que orientaron sus decisiones y acciones en contextos de guerra. En este sentido se develaron a partir de las narrativas, los marcos éticos en los que se actuó, haciendo posible entender lo que se valora como adecuado o inadecuado de acuerdo a la situación.

4.3 Población

Para esta investigación, el trabajo de campo se realizó con médicos graduados que en algún momento de su vida profesional trabajaron en contextos de guerra. La gran mayoría de los profesionales médicos realizan su primer año de experiencia en zonas de conflicto armado, en un periodo denominado servicio social obligatorio, es decir, son jóvenes recién egresados de la universidad. Como profesionales formados para velar por la vida de los pacientes, deben elegir lo que es mejor para lograr este fin en razón de la obligación moral; por lo tanto, sus esfuerzos están concentrados en hacer todo lo posible por salvar vidas y mejorar la calidad de las mismas. En el contexto de guerra, por el contrario, se propende a un marco legítimo para terminarla. Es en este ámbito donde surgen las contradicciones sobre los principios morales a seguir.

Consideramos en este estudio que en contextos de guerra la ética médica se ve enfrentada a nuevos dilemas. Por esto, la ética de la medicina y la de guerra son completamente extrañas entre sí y mutuamente excluyentes; por lo tanto, no tendría que existir una decisión ética del médico mediada por presiones de violencia, vulneración de derechos, exacerbación de la crueldad y la tortura. Sin embargo, es precisamente en los contextos de guerra en donde el médico se ve enfrentado a conflictos de principios que no están presentes en la práctica médica cotidiana (Michael Gross, 2006).

En este estudio, se entendió el contexto de guerra como un lugar donde se presenta un conflicto entre dos o más grupos con el propósito de controlar, defender,

mantener o derrocar unos recursos naturales o humanos. Se considera un acto político entre dos o más Estados o entre grupos de personas y el Estado (Michael Gross, 2006a).

Para el caso de Colombia, se tuvieron en cuenta las características descritas anteriormente en relación con las acciones bélicas y acciones violentas. Es decir, aquellos actos enmarcados en los actos de guerra regular entre los actores estatales (Fuerzas Armadas y Policía Nacional) y los actores irregulares (guerrilla, paramilitares y bandas organizadas) se consideraron como acciones bélicas. En aquellas ocasiones donde se presentaron acciones por parte de cualquiera de los anteriores actores contra la población civil, misiones médicas o humanitarias se entendieron como violaciones al DIH y por lo tanto correspondieron a acciones violentas.

Como ya se mencionó anteriormente, es en tiempos de guerra que las prácticas médicas y las decisiones de los médicos se toman en condiciones particularmente difíciles; de hecho, existe la posibilidad de que muchos de los dilemas que la comunidad médica deba enfrentar sean completamente nuevos para el personal médico, ya que la gran mayoría de las decisiones que afectan la profesión son tomadas por los actores del conflicto y no por los profesionales de la salud. Así las cosas, esa vulnerabilidad de la autonomía médica influye sustancialmente en el modo de proceder (en la acción) de estos profesionales de la salud, razones que hacen valiosa la realización de este estudio con la población en mención.

En este estudio, la población estuvo constituida por médicos que trabajan o trabajaron en contextos de guerra en Colombia. Se realizaron diez entrevistas narrativas donde el médico entrevistado narró las experiencias que tuvo mientras se encontraba en el lugar del conflicto. El tiempo en el que el médico se mantuvo en esta situación correspondió por lo menos a seis meses. En ese sentido, pudo suceder que en una sola narración se encontrara más de una situación dilemática. Estas situaciones dilemáticas se manejaron como micro-relatos y se constituyeron, cada una de ellas, en objeto de estudio.

Los criterios de selección de la población estuvieron determinados por las siguientes características: la validez, la verosimilitud, la ubicación geográfica y la temporalidad (Lincoln & Denzin, 1994).

En las investigaciones narrativas, el número de narrativas no da criterios de validación y confiabilidad, sino que otorga criterios de validez y verosimilitud. Se entendió por verosimilitud todo aquello que permite tener confianza en que lo que dice el entrevistado corresponde a la realidad. La verosimilitud es un asunto de dimensión ética y de confianza de investigadores respecto a los que han vivido la experiencia. En esa medida, es un criterio de validez intersubjetiva, puesto que son inteligibles y buscan establecer entre los otros consensos de forma; es decir, que se busca que aun cuando las otras personas no hayan vivido la experiencia, éstas sean capaces de reconocer la realidad de estos acontecimientos en determinadas circunstancias, conformándose el criterio de creer en el otro.

Otros criterios que se tuvieron en cuenta para elegir la población fueron el criterio de ubicación geográfica de los sujetos que, según lo descrito en los antecedentes, corresponde a la región del Magdalena Medio, Llanos Orientales, Orinoquia, Sur Occidente, Catatumbo, Urabá antioqueño, Caquetá y Putumayo (CINEP, 2000). En estos departamentos se tienen vivencias considerablemente distintas en el contexto de la violencia, por lo que se prefirió elegir médicos que estuvieron ubicados en dichas regiones del país.

En referencia a las temporalidades se eligieron médicos que realizaron sus actividades profesionales durante las décadas de 1980, 1990 y 2000, dado que existen particularidades respecto al contexto bélico distintas entre sí en cada uno de estos periodos. En la década de los ochenta, el conflicto se caracterizó por una guerra aún vinculada a ideales revolucionarios por parte de la guerrilla, la aparición del narcotráfico y el paramilitarismo. En los 90's, se presentaron la mayoría de acciones bélicas y violentas en las llamadas zonas de orden público, masacres, desplazamiento forzado, violaciones de DIH y enfrentamiento entre los diversos actores armados por el territorio. En la década del 2000, con la política de seguridad democrática, se recrudeció el conflicto no convencional e irregular, surgieron las llamadas zonas de rehabilitación y aumentó la persecución a la población civil.

Las narrativas, según pilotaje previo, podían contener cada una entre 800 y 2600 líneas. En ellas, se identificaron micro relatos con las situaciones dilemáticas en las que se encontraba el médico, es decir, en una entrevista narrativa pudieron haber emergido

diversos casos dilemáticos relacionados con la categoría de estudio y conformaron unidades de estudio de narrativas dilemáticas.

4.4 Categorías de análisis

Las categorías son unidades de análisis conceptual y metodológico a partir de las cuales se interpretaron las narrativas. En esta investigación se encuentran las relacionadas con las decisiones y las acciones de los médicos en situaciones dilemáticas y los principios morales que orientan sus elecciones en contexto de guerra. Éstas no limitaron la emergencia de nuevas categorías, ya que no fueron considerados marcos analíticos cerrados.

CATEGORÍA	CARACTERIZACIÓN	ESCENARIOS
Práctica médica	Conjunto de experiencias, conocimientos, habilidades y procedimientos que el médico aplica al paciente o a la comunidad. Se configura en la acción.	Consulta externa. Campañas de promoción o prevención. Atención de urgencias. Elaboración de protocolos clínicos o de programas
Situación dilemática médica	Aquellos escenarios relacionados con la práctica médica que generan un conflicto, ya que, conllevan más de un rumbo de acción contrario. Presentan principios contradictorios y generan una o más obligaciones morales contrarias.	Se podrán identificar en relación con el contexto de ejercicio clínico y de salud pública
Principios morales	Conjunto de normas o valores o principios básicos que se convierten en exigencia para la acción. Expresan deberes relacionados con los	Justicia, Benevolencia, no maleficencia, solidaridad, integridad, autonomía, honestidad, deber

	actos.	profesional, cuidado, derecho a la vida, derecho a la atención médica, entre otros.
Rumbos de acción	Diferentes alternativas de respuesta en la práctica a una situación determinada. Son excluyentes y contradictorios Conllevan unas consecuencias	Se identificarán los argumentos por los cuales el médico podría elegir cada uno de ellos.
Espacialidad	Se refiere a los lugares, territorios y espacios donde el médico realiza su práctica o donde se presentan situaciones dilemáticas	Centro de salud Vereda, pueblo, cabecera municipal
Temporalidad	Se refiere al tiempo cronológico, metafórico y humano.	Época, momento del día, tiempo subjetivo del médico.
Circunstancias	Se relaciona con los acontecimientos en los cuales se presenta la situación dilemática	Incluye medios, situaciones y contexto de la situación dilemática

4.5 Estrategias de recolección de información

En este estudio se utilizaron, como fuente de recolección de información, las narrativas médicas.

La narrativa permitió una auto-comprensión de los individuos y se identificó como la estrategia de recolección de datos idónea para cumplir con los presupuestos de este estudio, pues narrar es la experiencia misma. Por tanto, se configura como el modo en que los humanos le otorgan sentido a su vida y para ello utilizan la temporalidad, la trama y los personajes a fin de estructurar el sentido de la experiencia y la acción (Quintero, 2011). En la medicina narrativa, la información se recolecta en el momento

de la elaboración de la historia clínica a través de la narración por el paciente de su enfermedad y el contexto de la misma.

Esta investigación se centró en el médico, quien a través de las narrativas orales contó sus experiencias en la práctica en el contexto de guerra. Se obtuvieron mediante una entrevista narrativa al médico seleccionado que aceptara voluntariamente participar en el estudio. Se le realizó la siguiente petición: Narre los dilemas a los que se ha enfrentado para tomar decisiones como médico en la guerra o en el conflicto armado.

Las narraciones se grabaron y al entrevistado se le aseguró la confidencialidad y anonimato respecto a su identidad. Al mismo tiempo, se le informó que los datos recolectados se utilizarían solamente para fines de la investigación y no se cederían a terceros.

4.6 *Procesamiento de interpretación de las narrativas*

Se adoptó la estrategia de procesamiento de la información de Quintero (2011), la cual está conformada por cuatro momentos: codificación, pre-concepción de la trama narrativa, contextualización de la trama narrativa y reconfiguración de la trama narrativa. A continuación se describe brevemente cada momento:

Momento 1. Codificación. Inicialmente se asignaron códigos de identificación a cada narrativa con un número consecutivo en el que se tuvo en cuenta las características de cada sujeto entrevistado: número de entrevista, género y edad. Una vez transcritas las narraciones en archivos de texto en Word, se enumeró cada enunciado de forma consecutiva a cada línea. Esto permitió en la elaboración del meta-texto, extraer las voces de los médicos conservando y respetando su carácter individual.

Posteriormente, teniendo en cuenta que se pretendía describir y comprender los principios morales que orientaban las decisiones y las acciones de los médicos en situaciones dilemáticas en contextos de guerra, se identificaron los enunciados relevantes según objetivos del estudio. A cada enunciado se le asignó un código.

Instrumento 1. Sistematización y codificación de la narrativa

Tema de investigación: Narrativas de médicos colombianos en contexto de guerra	
Población: Médicos Género: M Edad: 24 Entrevista: 1 Codificación: MM241	
0 1 2 3 4 5	<p>Entonces yo me dirigía caminando al sitio de vacunación, que quedaba a una cuadra del puesto de salud. Ese día estábamos en una brigada de salud. Esas se organizan frecuentemente, cuando la guerrilla o el ejercito dejan, eso sí. Porque a veces, si uno no pedía permiso no se podían realizar. Y dígame ¿uno como medico que hace? Tiene la duda si es necesario avisar o no y a quien le avisa. Porque entonces la gente no baja al pueblo o le pueden robar las vacunas, o se puede uno meter en un lio tenaz. Yo lo que hacía era avisar, ponía letreros en la plaza del pueblo, porque por encima de todo está mi deber como médico de proteger la salud de la gente además es lo justo para ellos que tengan al menos vacunas. A veces me daba miedo y pensaba en cancelar todo eso, no crea uno a veces siente que lo pueden matar. Pero pensaba, finalmente los que necesitan las vacunas son los niños, y ahí está el bienestar de ellos. Sacaba fuerzas y decidía seguir, me repetía en la mente primero está la salud de ellos. Pero vuelvo a la ida al puesto de vacunación, era temprano en la mañana, yo vi que había muy poca gente y la que había bajado miraba de reojo desde los balcones.... Ahí se me empezó a hacer todo eterno...En el puesto de salud habían dos personas armadas, eran del ejercito. Yo estaba atendiendo a los campesinos que bajaban al pueblo los domingos. Me toco salir y me dijeron que tenían que entrar, yo no sabía qué hacer, nunca esperé que se metieran armados al centro de salud. Eso que uno escucha sobre la misión médica parece tan lejano. Me puse a temblar de miedo, pero tenía que decidir qué hacer: los dejaba entrar y ponía en riesgo a los pacientes</p>

6	hospitalizados o defendía mí puesto de salud. Me llene de calma y dije: “¿Que se les ofrece? Ellos contestaron “venimos a una consulta”, yo les conteste: “con mucho gusto, a mi centro de salud pueden entrar pero sin armas, acá se atienden
7	todos los que necesitan ayuda”, ellos insistían en entrar con armas y yo
8	definitivamente no los iba a dejar adentro con esos fusiles, primero la neutralidad de mi centro de salud...”
9	
0	
1	
2	
3	
4	
5	

Momento 1.1 Identificación de las situaciones dilemáticas. Una vez transcrita y codificada toda la narrativa, se procedió a identificar situaciones dilemáticas. Es preciso enfatizar que en un mismo relato existía la posibilidad de encontrar más de un dilema moral. Se extrajeron las situaciones dilemáticas, se enumeraron como casos y se seleccionaron los que se fueron analizar atendiendo a los objetivos del estudio. Cada caso fue identificado y se procedió a colocar un titulo que permitiera ubicar el tema y otorgar sentido a la situación dilemática.

Instrumento 1.1. Identificación de los casos dilemáticos

Tema: Narrativas de médicos colombianos en contexto de guerra
Objetivo del estudio: Describir las situaciones del ejercicio médico que generan dilemas a los médicos en contextos de guerra.
Caso 1. Entre la espada y la pared
<p>Ese día estábamos en una brigada de salud. Esas se organizan frecuentemente, cuando la guerrilla o el ejercito dejan, eso sí. Porque a veces, si uno no pedía permiso no se podían realizar. Y dígame ¿uno como medico que hace? Tiene la duda si es necesario avisar o no y a quien le avisa. Porque entonces la gente no baja al pueblo o le pueden robar las vacunas, o se puede uno meter en un lio tenaz. Yo lo que hacía era avisar, ponía letreros en la plaza del pueblo, porque por encima de todo está mi deber como médico de proteger la salud de la gente, además es lo justo para ellos que tengan al menos vacunas. A veces me daba miedo y pensaba en cancelar todo eso, no crea uno a veces siente que lo pueden matar. Pero pensaba, finalmente los que necesitan las vacunas son los niños, y ahí está el bienestar de ellos. Sacaba fuerzas y decidía seguir, me repetía en la mente primero está la salud de ellos. (MM241: 2-12)</p>
Caso 2. En la zona neutral
<p>“...En el puesto de salud habían dos personas armadas, eran del ejercito. Yo estaba atendiendo a los campesinos que bajaban al pueblo los domingos. Me toco salir y me dijeron que tenían que entrar, yo no sabía qué hacer, nunca esperé que se metieran armados al centro de salud. Eso que uno escucha sobre la misión médica parece tan lejano. Me puse a temblar de miedo, pero tenía que decidir qué hacer: los dejaba entrar y ponía en riesgo a los pacientes hospitalizados o defendía mí puesto de salud. Me llene de calma y dije: “¿Que se les ofrece? Ellos contestaron “venimos a una consulta”, yo les conteste: “con mucho gusto, a mi centro de salud pueden entrar pero sin armas, acá se atienden todos los que necesitan ayuda”, ellos insistían en entrar con armas y yo definitivamente no los iba a dejar adentro con esos fusiles, primero la neutralidad de mi centro de salud...” (MM241: 15-25).</p>

Momento 2. Nivel textual: Pre concepción de la trama narrativa. Éste fue un primer acercamiento al sentido y significado dado por el sujeto a sus experiencias o acontecimientos vividos y estructurados de forma narrativa.

Se identificaron los enunciados que hacían referencia a los rumbos de acción, los principios que motivaron la decisión y las acciones morales, eligiendo los enunciados relacionados con cada una.

Instrumento 2.1 Interpretación nivel textual: aspectos referenciados a toma de decisión, acción e identificación de principios

Tema: Narrativas de médicos colombianos en contexto de guerra		
Objetivo: Identificar e interpretar, en la resolución de situaciones dilemáticas de la práctica médica en contexto de guerra, los relatos acerca de sus decisiones y los principios morales que los orientaron		
Caso 1: Entre la espada y la pared		
Ese día estábamos en una brigada de salud. Esas se organizan frecuentemente, cuando la guerrilla o el ejercito dejan, eso sí. Porque a veces, si uno no pedía permiso no se podían realizar. Y dígame ¿uno como medico que hace? Tiene la duda si es necesario avisar o no y a quien le avisa. Porque entonces la gente no baja al pueblo o le pueden robar las vacunas, o se puede uno meter en un lio tenaz. Yo lo que hacía era avisar, ponía letreros en la plaza del pueblo, porque por encima de todo está mi deber como médico de proteger la salud de la gente, además es lo justo para ellos que tengan al menos vacunas. A veces me daba miedo y pensaba en cancelar todo eso, no crea uno a veces siente que lo pueden matar. Pero pensaba, finalmente los que necesitan las vacunas son los niños, y ahí está el bienestar de ellos. Sacaba fuerzas y decidía seguir, me repetía en la mente primero está la salud de ellos. (MM241: 2-12)		
Rumbos de acción	Principios que motivan la toma de decisión	Decisión tomada por el médico
1. Hacer brigadas de vacunación	Protección de la salud Justicia Deber profesional	X

	Bienestar niños	
2. No hacer brigadas de vacunación	Miedo Protección de la vida	

Las situaciones de la toma de decisión se discriminan en referencia a hechos, temporalidades y espacialidades.

La referencia a un *hecho* se relacionó con lo que el médico dijo al respecto de una situación dilemática expresada en lenguaje descriptivo, otorgándole rasgos de acuerdo con las características significantes para él desde su singularidad, relacionándola con las decisiones y acciones tomadas. Se expresó en frases como: “*cuando atendí a un paciente que llegó herido, me encontré en la situación*”.

Instrumento 2.2. Interpretación del nivel textual: aspectos referenciales a los rumbos de acción

Caso 1: Entre la espada y la pared			
Rumbos de acción	¿Cuáles fueron las circunstancias que dieron lugar a los rumbos de acción?	¿Con qué medios se realizaron?	¿Cuáles pueden ser la consecuencias no deseadas?
Hacer la brigada de vacunación	“...Ese día estábamos en una brigada de salud. Esas se organizan frecuentemente, cuando la guerrilla o el ejercito dejan, eso sí. Porque a veces, si uno no pedía	“..Sacaba fuerzas y decidía seguir, me repetía en la mente primero está la salud de ellos...” “ Yo lo que hacía era avisar, ponía letreros en la	“...A veces me daba miedo y pensaba en cancelar todo eso, no crea uno a veces siente que lo pueden matar...”

	permiso no se podían realizar.”	plaza del pueblo”	
No hacer la brigada de vacunación	“Y dígame ¿uno como medico que hace? Tiene la duda si es necesario avisar o no y a quien le avisa.”	“...la gente no baja al pueblo o le pueden robar las vacunas, o se puede uno meter en un lio tenaz.”	“...además es lo justo para ellos que tengan al menos vacunas...”
Comen tarios	Acciones de la misión médica, propias del quehacer cotidiano como la vacunación quedan bajo la guardia de los actores armados. El médico debe tomar la decisión de que hacer.	La brigada se inicia con la necesidad de pedir permiso a los actores armados. El médico considera que puede generar un problema, sin embargo se llena de valor y fortaleza argumentando el fin de la acción: la salud de ellos.	La vacunación pone en riesgo la vida de las personas y del médico. Sentimiento de miedo por realizar acciones propias del personal de salud.

Resueltos los interrogantes relacionados con los hechos, se procedió a la escritura de un texto descriptivo, el cual se constituyó en la primera aproximación de interpretación de la narrativa. Este análisis fue de naturaleza descriptiva porque se refirió a lo que se dijo con el lenguaje.

**Instrumento 2.3. Interpretación descriptiva del nivel textual: aspectos
referenciales a los rumbos de acción**

Descripción de aspectos referenciales a los rumbos de acción– Caso 1: Entre la espada y la pared
En este caso, el médico relata los hechos relacionados con la brigada de vacunación. Es decir acciones de la misión médica, propias del quehacer cotidiano como la vacunación quedan en el frente de los actores armados. Situación que genera miedo, ya que está en riesgo la vida de los pacientes y del médico. La brigada se inicia con la necesidad de pedir permiso a los actores armados. El médico considera que puede generar un problema, sin embargo se llena de valor y fortaleza argumentando la necesidad de defender salud de la población y su deber profesional.

La referencia *temporal* incluyó la descripción y organización de los hechos en los que se vio involucrado el médico relacionados con el tiempo, reflejadas en expresiones verbales, adverbios de tiempo y tiempos verbales. Por ejemplo: “*esto sucedió en horas de la noche*”.

En el *tiempo calendario* se encuentran distintos tipos de tiempo: En primer lugar el tiempo llamado “*datable*” que indica años, meses, días, horas, entre otras formas de organización del mundo objetivo o, como lo llama Ricoeur, “*tiempo preocupación*”. Los *modos verbales* indican en qué forma se manifiestan las acciones. Estos modos dan lugar a la identificación de lo que las personas realizan, realizaron o realizarán, aunque también pueden expresar incertidumbres deseos o peticiones. Los modos subjuntivos, si bien no corresponden al plano de lo realizado, indican los grados de reflexión acerca de los rumbos de acción que puede tener la propia vida o la que se espera que tengan los otros (ruego, petición, deseo, posibilidad, entre otros). También encontramos el uso de adverbios de tiempo que aportan información a la situación temporal, otorgándole sentido y significación a los hechos.

El *tiempo humano o de la experiencia* se refiere a la vivencia subjetiva o a las experiencias que nos indican las potencialidades del sujeto (yo puedo, yo hago, etc.), a la vida precaria (sufrimiento, humillación, dolor, entre otros), así como también al establecimiento de vínculos con los otros (contar con). A este tiempo Ricoeur lo denomina “*tiempo del cuidado*”.

El *tiempo histórico* busca identificar el carácter polifónico del tiempo, es decir, el entrecruzamiento de las distintas voces en la historia.

Instrumento 2.4 Interpretación del nivel textual: aspectos referenciales de temporalidades

Caso 1. Entre la espada y la pared			
Acontecimientos o experiencias	Tiempo calendario o construcción episódica.	Tiempo humano o de la experiencia	Tiempo histórico
Brigada de vacunación	<p>“... Ese día estábamos en una brigada de salud...”</p> <p>“... era temprano en la mañana...”</p>	<p>“...Ahí se me empezó a hacer todo eterno...”</p>	<p>“...Eso sucedió cuando el paro cocalero”</p>

Instrumento 2.5. Interpretación descriptiva del nivel textual: aspectos referenciales de temporalidades

Caso 1. Descripción cursos de acción en relación con temporalidades
<p>En las narrativas presentadas, el médico nos presenta su experiencia a partir de temporalidades diferentes, las cuales configuran su experiencia personal acerca de las acciones relacionadas con la brigada de vacunación. El relato va día a día, con referencia al tiempo calendario que se acompaña en los momentos difíciles de una subjetividad que</p>

“hacer todo eterno”.

El hecho a que se refiera al “paro cocalero”, contextualiza la situación en medio del conflicto armado con intereses territoriales y económicos. El juego era entonces entre la vacunación y los recursos generados por el cultivo ilícito.

Por último, la referencia *espacial* permitió identificar espacios y lugares que caracterizaron el contexto en el que el médico desarrolló su actividad. Aspectos como: “*estaba en el centro de salud*”.

**Instrumento 2.6. Interpretación descriptiva del nivel textual: aspectos
referenciales de espacios**

Acontecimientos o experiencias	Espacios de coordenadas	Espacios simbólicos (memoria de los lugares)
Brigada de vacunación	“Entonces yo me dirigía caminando al sitio de vacunación, que quedaba a una cuadra del puesto de salud .”	
		”...El rural es como estar en la mira, todos quieren cazar...”

Los agentes simbolizan el espacio recurriendo a dimensiones culturales, estéticas, ficcionales, psíquicas e ideológicas. Por ello, en una narrativa el espacio objetivo no es el mismo que el espacio simbólico, pues este último da cuenta de las “*formas metafóricas del existir*”. En consecuencia, el espacio no es una esfera neutra o un código de identificación de las coordenadas geográficas de los acontecimientos o

experiencias. Al contrario, para cada sujeto el espacio tiene su propio significado, lo que propicia formas particulares de interpretación de la realidad.

La vivencia, los vínculos afectivos y sociales se despliegan en espacios. Éstos configuran el espacio habitual de la vida cotidiana. En este espacio se encuentran ciclos de vida, costumbres, rutinas, así como sus rupturas; de esta manera, la dimensión espacial tiene una carga social e ideológica. Esto hace posible conocer cómo se configura la vida de los sujetos en una época, la reestructuración de su vida cotidiana, así como las variaciones en los lugares en los que transcurre su vida.

La existencia de distintas formas de representar en el espacio y el tiempo las experiencias hace que en la narración se adopten diversos modos discursivos. Así, en las narrativas sobre experiencias se utiliza, según sea el caso, enunciados propios de los géneros narrativo, dramático, lírico, trágico o épico. Estas formas discursivas generan estilos y modos de enunciación de la vida en comunidad.

Finalizado el proceso de interpretación de las referencias de espaciales se realiza su descripción.

Instrumento 2.7 Interpretación descriptiva del nivel textual: aspectos referenciales de espacialidades

Descripción rumbos de acción en relación con espacialidades
<p>En algunas relatos, los médicos referencian los lugares que hacen parte de sus ejercicio profesional como el centro de salud e incluso, mencionan las veredas a las cuales tienen que trasladarse para realizar brigadas de salud. No obstante, en varios de los relatos realizados, el lugar del médico en el pueblo va mucho más allá del puesto de salud.</p> <p>En este sentido, uno de los médicos expresa en los espacios simbólicos sentirse como en la mira, como si lo fueran a cazar. Lo anterior en relación con la expectativa de</p>

que la toma de decisión en relación a una brigada de salud lo expone a los actores armados y se siente vigilado, es más su vida está en juego.

Momento 3. Nivel contextual de la trama narrativa. En esta fase, el interés estuvo en la fuerza narrativa dada por el médico a la enunciación de sus acciones, partiendo del hecho de que el lenguaje implica comunicación y acción. Para esto, se retomaron las pre-concepciones de la trama narrativa y se organizaron teniendo en cuenta los contextos de la situación dilemática en los cuales el médico decidió y realizó sus acciones. Para sistematizar y acceder a la comprensión de esta trama narrativa se identificaron las fuerzas enunciativas compromisorias, las metafóricas y las simbólicas.

Esta fuerza narrativa se entendió como el uso comunicativo y/o expresivo empleado por el sujeto de la enunciación para referirse a lo que con *“el lenguaje hace”* y a *“lo que hace con lo que dice”*. En otras palabras, con el lenguaje se hacen y se dicen cosas, lo que implica una correspondencia entre lenguaje y mundo; correspondencia que incluye al *“otro”*, que hace parte de mi acción social y de *“mi mundo subjetivo”*.

Estrategia de interpretación. Para sistematizar y acceder a la comprensión de configuración de la trama narrativa se retomó el instrumento 1.1. De esta manera, se identifican tres tipos de fuerzas narrativas: fuerzas enunciativas compromisorias, metafóricas y narrativas simbólicas.

Las fuerzas compromisorias se refieren a los compromisos, promesas, juramentos o pactos que el médico realiza alrededor de un hecho, ejemplificado por expresiones de los médicos, tales como *“tengo el deber de atender a todos los enfermos”*. Por su parte, las fuerzas metafóricas se refieren al uso de metáforas con el fin de hacer comprensible la experiencia de los médicos alrededor de la práctica en el

contexto de guerra. Por ejemplo: *“el paciente sangraba y yo me sentía como congelado”*.

Por último, la fuerza narrativa simbólica evidencia las acciones que atentan con lo que el hombre considera sagrado, es decir, experiencias negativas en torno a violación de derechos y que generan sentimientos como culpa, vergüenza, rabia o repugnancia. A través de la narrativa se busca comprender el origen de estos sentimientos. Se trata de manifestaciones personales como: *“sentí rabia cuando no tenía materiales para operar al paciente”*.

Instrumento 3.1 Interpretación del nivel contextual: fuerza narrativa

Rumbos de acción	Fuerza narrativa (Principios)	Fuerza narrativa expresiones	Fuerzas narrativas simbólicas
Realizar la jornada de vacunación	“por encima de todo está mi deber como médico”	“por encima de todo”	
	“Mi deber...de proteger la salud de la gente...”		
	“Los que necesitan las vacunas son los niños, y ahí está el bienestar de ellos”	“Sacaba fuerzas y decidía seguir... Me repetía en la mente”	
	“..además es lo justo para ellos que tengan al menos vacunas”		

Las anteriores fuerzas narrativas hicieron posible responder a los interrogantes ¿qué se ha hecho? y ¿cómo se ha hecho?, en tanto que hacer uso de actos de habla es, simultáneamente, realización de una acción. Es decir, existe una relación entre la emisión del acto de habla, su carácter comunicativo y el performativo. Estas acciones se organizaron en algunas tipologías, las cuales, lejos de ser estructuras fijas, se constituyeron en criterios para la comprensión de las acciones en las esferas ética y política.

Para realizar esta interpretación, se tuvieron en cuenta los principios que orientaban la acción y se relacionaban con la situación dilemática emergente.

Instrumento 3.2 Interpretación del nivel contextual: tipologías de acción según fuerza narrativa

Tipologías de los Rumbos de acción	Fuerza narrativa (compromisoria)
Cuidado y protección	“Mi deber...de proteger la salud de la gente...”
Justicia	“..además es lo justo para ellos que tengan al menos vacunas”
Deber profesional	“Por encima de todo está mi deber como médico”
Sobrevivencia	“sacaba fuerzas y decidía seguir, me repetía en la mente primero está la salud de ellos”
Bienestar	“Los que necesitan las vacunas son los niños, y ahí está el bienestar de ellos”
Hostilidad	“Porque entonces la gente no baja al pueblo o le pueden robar las vacunas, o se puede uno meter en un lio tenaz.”

	“...no crea uno a veces siente que lo pueden matar...”
--	---

En los momentos descritos de esta metodología se ha otorgado un lugar preponderante a los acontecimientos o experiencias. Sin embargo, es necesario recordar que éstas son realizadas por agentes o actantes. Intencionalmente se eligió esta estrategia para que el actor con sus atributos no capturara o cooptara la comprensión de estos acontecimientos, los cuales permiten comprender hechos, temporalidades, espacialidades y emisiones (comunicativas). Terminada la descripción e interpretación de acciones se logró poner en un lugar relevante a los sujetos, al mismo tiempo que se conocían sus juicios morales y políticos.

El agente de la acción fue valorado como el que hizo posible la narrativa, el que la padeció o fue víctima y el que fue capaz de iniciar algo nuevo (potencia). En otras palabras, la comprensión se orientó hacia las valoraciones, imputaciones y capacidades del vivir en comunidad que no es otra cosa que el despliegue en actos comunicativos y performativos.

En razón de lo expuesto, este momento de la metodología buscó identificar los sujetos que hicieron la acción. Para su análisis se determinaron tres tipos de predicados o atributos de los sujetos, a saber:

Atributos del(os) sujeto(s) relacionados con juicios. Entre estos se encuentran interrogantes como: ¿qué dice el agente de sí mismo?, ¿qué dice el agente de los otros?, ¿por qué hace lo que hace?, ¿qué lo lleva a hacer esto o aquello?, ¿qué símbolos usa para expresar su identidad y la de los otros?, ¿qué dice que ha hecho contra o favor de los otros?, ¿cuáles son los lazos de solidaridad?, ¿cuáles son las acciones valoradas como injustas, justas o adecuadas?, entre otros.

Atributos del(os) sujeto(s) relacionados con las imputaciones o responsabilidades. Entre los interrogantes se incluyen: ¿cuál es la responsabilidad acerca de lo que se hizo?, ¿por qué lo hizo?, ¿cuáles son los grados de aprobación y desaprobación de sus acciones?, ¿qué es lo que le mueve habitualmente a comportarse así? Es decir, ¿cuáles son las iniciativas que lo motivaron a la acción?, entre otros.

Atributos del (os) sujeto (s) relacionados con sus potencialidades (yo puedo). Se refiere a la capacidad de iniciar algo nuevo. Entre otros interrogantes se tienen: ¿qué puede hacer?, ¿qué cosas sabe hacer?, ¿cómo puede iniciar algo nuevo (espontaneidad)?, entre otros.

Instrumento 3.3 Interpretación del nivel contextual: atributos del sujeto de la acción

Atributos del (os) sujeto (s) relacionados con juicios.	Atributos del (os) sujeto (s) relacionados con las obligaciones del médico	Atributos del médico relacionados con sus potencialidades (yo puedo).
“...Las brigadas de vacunación.... Esas se organizan frecuentemente, cuando la guerrilla o el ejercito dejan, eso sí. Porque a veces, si uno no pedía permiso no se podían realizar. Y dígame ¿uno como medico que hace?”	“...me repetía en la mente primero está la salud de ellos...”	“Yo lo que hacía era avisar, ponía letreros en la plaza del pueblo” “Sacaba fuerzas y decidía seguir, me repetía en la mente primero está la salud de ellos”
	“Mi deber...de proteger la salud de la gente...”	

Finalizado el proceso de interpretación de las fuerzas narrativas se realizó su descripción.

Instrumento 3.4 Interpretación descriptiva del nivel contextual: fuerzas narrativas

Descripción de tipos de acontecimientos según fuerzas narrativas
En las narrativas de los médicos encontramos fuerzas narrativas en las que se enuncian acontecimientos relacionados con el cuidado y la protección, en las cuales nos cuentan acerca de la necesidad de proteger a los grupos que están en riesgo. Así, algunos cuentan cómo, a pesar del miedo o la coacción, decide optar por la decisión más justa para los enfermos, cumpliendo así con el deber profesional de preservar la salud.

Momento 4. Nivel metatextual: reconfiguración de la trama narrativa. Para reconfigurar la trama narrativa fue necesario valorar el agente de la narración, en este caso el médico, desde tres atributos relacionados: los juicios, las responsabilidades y las potencialidades. Los juicios hacen referencia a lo que dice el agente de sí mismo, relacionándolo con lo que hace. Por ejemplo: *“Me tocó amputar la pierna con lo que había (...)”*. En cuanto a las responsabilidades, se valorarán las razones por las que actúa y el grado de aprobación de sus acciones, entre otros. Es decir, aspectos como *“lo hice porque de lo contrario el paciente se moría, no tenía otra alternativa”*. Los atributos relacionados con las potencialidades se relacionan con la capacidad del sujeto para iniciar algo nuevo en la situación en que se encuentra; entre éstos se encuentran expresiones como: *“finalmente logré transportar al paciente al centro de salud y empezar a atenderlo”*.

Instrumento 3.6 Interpretación del nivel Metatextual: reconfiguración de la trama narrativa

En este caso, el médico relata los hechos relacionados con la brigada de vacunación. Es decir acciones de la misión médica, propias del quehacer cotidiano como la vacunación quedan en el frente de los actores armados. Situación que genera miedo, ya que está en riesgo la vida de los pacientes y del médico. La brigada se inicia con la necesidad de pedir permiso a los actores armados. El médico considera que puede generar un problema, sin embargo se llena de valor y fortaleza argumentando la necesidad de defender salud de la población y su deber profesional.

En la narrativa, el médico presenta su experiencia a partir de temporalidades diferentes, las cuales configuran su experiencia personal acerca de las acciones relacionadas con la brigada de vacunación. El relato va día a día, con referencia al tiempo calendario que se acompaña en los momentos difíciles de una subjetividad que “hacer todo eterno”.

El hecho de que se refiera al “paro cocalero”, contextualiza la situación en medio del conflicto armado con intereses territoriales y económicos. El juego era entonces entre la vacunación y los recursos generados por el cultivo ilícito.

En algunos relatos, los médicos referencian los lugares que hacen parte de sus ejercicio profesional como el centro de salud e incluso, mencionan las veredas a las cuales tienen que trasladarse para realizar brigadas de salud. No obstante, en varios de los relatos realizados, el lugar del médico en el pueblo va mucho más allá del puesto de salud.

En este sentido, uno de los médicos expresa en los espacios simbólicos sentirse como en la mira, como si lo fueran a cazar. Lo anterior en relación con la expectativa de que la toma de decisión en relación a una brigada de salud lo expone a los actores armados y se siente vigilado, es más su vida está en juego.

Existen fuerzas narrativas en las que se enuncian acontecimientos relacionados con el cuidado y la protección, en la cual nos cuentan acerca de la necesidad de proteger a los grupos que están en riesgo. Así, algunos cuentan cómo a pesar del miedo o la coacción decide optar por la decisión más justa para los enfermos, cumpliendo así con el deber profesional de preservar la salud.

4.7 Aspectos Éticos

De acuerdo con la clasificación establecida en el artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993, del Ministerio de Salud de Colombia, este trabajo se consideró como una investigación con riesgo inferior al mínimo, dado que se trató de un estudio en el que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participaron en el mismo.

Por tratarse de un estudio con riesgo inferior al mínimo se manejó un consentimiento verbal informado, que contenía las consideraciones definidas en el artículo 15 de la misma resolución. Este consentimiento se tomó antes de iniciar las entrevistas con los participantes seleccionados. A los participantes se les explicaron los objetivos del estudio y las características relacionadas con el manejo de su información.

Teniendo en cuenta que narrar las experiencias que se han vivido en el contexto del conflicto armado colombiano implicaba visibilizar la problemática entre los diferentes actores armados y podía poner en riesgo al narrador, se omitieron los nombres de los entrevistados, las fechas y los lugares específicos.

Se realizaron entrevistas narrativas únicamente a los médicos que accedieron voluntariamente a participar en el estudio, a quienes se les aseguró la confidencialidad y el anonimato de la información correspondiente. Por este motivo las narraciones se rotularon con códigos que impiden la identificación de los participantes y serán

manejadas exclusivamente por los investigadores, se mantendrán bajo custodia y no se cederán ni se utilizarán para otros objetivos.

Al terminar el estudio las entrevistas fueron borradas del sitio de grabación. Además, la información se mantendrá encriptada, con claves de acceso exclusivas de la investigadora.

5. RESULTADOS

Observaciones iniciales

Este trabajo buscó comprender las situaciones dilemáticas relacionadas con las acciones de los médicos en contextos de guerra, con el fin de identificar e interpretar las decisiones y los principios que las orientan (problema y objetivos del estudio).

Una situación dilemática se entendió como aquella en donde el médico, ante escenarios relacionados con su práctica médica en contextos de guerra, se ve obligado a elegir entre dos o más rumbos de acción diferentes que generan un conflicto y se guían por principios contradictorios. Dichos principios hacen referencia al conjunto de valores o normas básicas que orientan las acciones de los individuos sobre lo que se debe o no hacer, se expresan en deberes y se convierten en una exigencia para la acción (Kant, 1785/ 2002). La práctica médica se expresa como un conjunto de experiencias, habilidades y procedimientos que el médico aplica al paciente, configurándose en la acción.

Ahora bien, para comprender las situaciones dilemáticas e identificar los principios que guían las decisiones y los rumbos de acción de los profesionales de la salud en contextos de guerra, se realizaron entrevistas narrativas a diez médicos (seis mujeres y cuatro hombres) que en algún momento de su vida realizaron prácticas en regiones afectadas por el conflicto armado en Colombia.

Los médicos entrevistados desarrollaron su práctica en las siguientes regiones de Colombia:

- a) La Orinoquia: comprende los departamentos de Arauca, Casanare, Vichada, Guaviare y Meta.
- b) El Magdalena Medio: incluye el valle interandino del río Magdalena en los departamentos de Antioquia, Bolívar, Boyacá, Cesar y Santander.
- c) El sur occidente: comprende los departamentos de Huila, Cauca, Valle del Cauca, Caquetá, Putumayo, Nariño y Sur del Tolima

d) El nororiente: incluye el valle del río Catatumbo, Norte de Santander, Cesar, Santander.

e) Región Andina: incluye los departamentos de Cundinamarca, Boyacá, Quindío, Caldas y Risaralda.

En estas regiones, al ser corredores estratégicos en disputa entre los diferentes actores armados (guerrilla, paramilitarismo, narcotráfico y ejército), se involucra a la población civil en el conflicto mediante acciones que violan el Derecho Internacional Humanitario (DIH) como son: el empleo de armas prohibidas, minas ilícitas y armas trampa; empleo de ataques indiscriminados y desproporcionados con desplazamiento forzado, ataques a las misiones médicas y humanitarias; ataques contra los bienes civiles, culturales y religiosos indispensable para la supervivencia de la población civil, la estructura vial o las comunicaciones y, por último, el trato indigno al ser humano a través de actos como el homicidio, la tortura, la violencia sexual, el reclutamiento de menores de edad y el desplazamiento forzado (CINEP, 2000).

El tiempo promedio que los médicos trabajaron en estas regiones de conflicto fue de uno a tres años. De igual forma, los médicos-narradores están ubicados en diversas temporalidades históricas, habiendo estado algunos de ellos expuestos a las anteriores circunstancias durante las décadas de 1980, 1990 y 2000.

Contexto histórico

Para Franco (2003) en el año 1975 se inicia un nuevo periodo de la violencia en Colombia que habrá de prolongarse incluso más allá del año 2000. Este ascenso coincide con la aparición de fenómenos codependientes como son el narcotráfico, el conflicto armado y la instauración del modelo neoliberal. Los actores ilegales involucrados son principalmente tres: la subversión, representada casi en su totalidad por las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC) y el Ejército de Liberación Nacional (ELN); el paramilitarismo, conformado por varias agrupaciones ocasionalmente unidas en organizaciones de mayor tamaño como las Autodefensas Unidas de Colombia (AUC); y el narcotráfico, compuesto de bandas criminales dedicadas al tráfico de estupefacientes y ligadas en mayor o menor medida a los demás actores del conflicto. Estos se enfrentan a la Fuerza Pública del Estado Colombiano

representada por la Policía Nacional y las Fuerzas Militares de Colombia (FFMM) que incluyen al Ejército Nacional, la Armada Nacional y la Fuerza Aérea Colombiana.

Según Amnistía Internacional (AI) (2006) entre 1983 y el 2003 por causa del conflicto armado interno en Colombia se presentaron 70.000 muertes, la mayoría de población civil ocurridas fuera de combate. Otras víctimas están representadas por secuestrados, desaparecidos y torturados, sumados a los cerca de tres millones de desplazados de manera forzosa. El conflicto armado colombiano se ha caracterizado en líneas generales por el enfrentamiento de la fuerza pública y los paramilitares contra los grupos guerrilleros en busca de control territorial y de fuentes económicas. Los bandos involucrados han puesto como objetivo militar a la población civil, al considerar que de una u otra manera ésta apoya a sus enemigos, cualquiera que éstos sean. De igual manera, los actores armados buscan producir miedo en las comunidades con el fin de desplazar a la población y disponer de territorios estratégicos para el conflicto. Cabe anotar que una de las formas de violencia utilizadas con mayor frecuencia por los actores armados es la violencia sexual contra las mujeres.

De hecho, AI (2006) tipifica la violencia sexual como una forma de violencia en el conflicto armado dirigida contra la población civil que transgrede roles de género. Delitos como la violación, la mutilación genital, la planificación reproductiva forzada, la esclavización, la explotación sexual, la prostitución forzada, el abuso sexual, el embarazo forzado, el aborto forzado y el contagio de enfermedades de transmisión sexual se ha perpetrado en Colombia en el marco del conflicto armado, siendo los principales victimarios de éstos crímenes las fuerzas del Estado, la guerrilla y los paramilitares.

Para Guana (2009), la violencia sexual se comete con mayor frecuencia en las poblaciones, a través de ataques directos a las mujeres de la comunidad con el fin de lograr el control territorial y modificar las normas de conducta de los habitantes; Intrafilas, a las mujeres pertenecientes a los distintos grupos armados; y en las mujeres secuestradas, debido a la vulnerabilidad extrema que existe en dicha situación.

Ahora bien, ya en el marco histórico general del conflicto, el investigador Franco (2003) registra que el número de homicidios en Colombia comienza a ascender a partir de la mitad de los años 80 y en 1991 llega a niveles no superados hasta ahora. Luego se

presenta un ligero descenso, volviendo a ascender entre 1998 y hasta 2001. La tasa de homicidios casi se cuadriplica entre 1975 y 1991, alcanzando un rango de 23 a 82 muertes violentas por cada 100.000 habitantes. Al finalizar la década de los 90, llegó a una tasa de 61 homicidios por 100 mil habitantes, lo que era casi el doble de la tasa promedio de Latinoamérica (35 homicidios por 100.000 habitantes) y doce veces mayor al promedio mundial.

Para Sánchez (2003), los actores armados ilegales dan un impulso a la violencia generalizada en Colombia de forma particular a partir de la década de los 80, al incrementarse significativamente el número de delitos atroces como el secuestro, el narcotráfico, las desapariciones forzadas y las masacres, entre otros.

Para este investigador, existe una distribución geográfica de los actores armados ilegales que ha variado de forma considerable en los últimos 20 años. Las FARC, en la década de 1980, se reestructuraron y reorganizaron con el fin de incursionar en el ámbito urbano, con lo que, creció en número y organización al pasar de 850 hombres en 1978 a 16.000 guerrilleros para el año 2000 (Ver figura 1). De ahí que hayan podido lograr hacer presencia en casi todos los departamentos del país, así como en las ciudades más importantes como Bogotá y Medellín. Este crecimiento numérico y logístico se ve sustentado por un fortalecimiento militar y económico debido a mecanismos delictivos altamente rentables como lo son el secuestro, la extorsión y las alianzas con el narcotráfico (Sanchez, et al., 2003).

Sánchez (2003) también considera el caso del ELN, que habiéndose casi extinguido en la década de los 70, muestra un crecimiento en hombres y en frentes, con un consecuente aumento de participación en regiones territoriales del país (Ver figura 2). Tal recuperación se puede atribuir a las extorsiones realizadas a compañías extranjeras, en especial a las petroleras extranjeras que operaban (y aún operan) en las zonas controladas por el grupo.

En relación a los paramilitares, este autor indica que se conformaron en la década de 1980 durante el gobierno de Belisario Betancur y se convirtieron paulatinamente en el mayor apoyo, cuando no en el reemplazo, de las instituciones militares del Estado Colombiano. En sus inicios, llevaron a cabo asesinatos selectivos de políticos y simpatizantes de izquierda; posteriormente se convirtieron en fuerza antiguerrillera que

disputaba territorios y fuentes económicas a la subversión, expandiéndose al igual que ésta por todo el país. En los 90's registraron un crecimiento significativo, a expensas de sus vínculos con el narcotráfico y de masacres a la población civil con el objetivo de intimidarla y acabar con cualquier tipo de apoyo que ésta pudiera suministrar a la guerrilla (Ver figura 3). Los paramilitares se financiaron principalmente con aportes de terratenientes, ganaderos y políticos, con el presupuesto de los municipios y departamentos tomados ilegalmente, y con el narcotráfico (este último siendo su actividad más rentable).

Durante la década del 2000 se presenta una alianza entre algunos miembros de las FFMM del Estado Colombiano y los paramilitares, generando desestabilización de los territorios correspondientes. Al mismo tiempo, el establecimiento de la política de Seguridad Democrática –desde el año 2002 hasta el año 2010– acarrea un aumento de la Fuerza Pública colombiana con una confrontación más fuerte hacia los grupos ilegales en todo el territorio nacional.

Las Narrativas

Una vez que se obtuvo el consentimiento verbal informado de los médicos-narradores se procedió a hacerles la siguiente solicitud: “Narre situaciones de su práctica médica en las que ha enfrentado toma de decisiones en contextos de guerra, identificando casos en que los niños y jóvenes estuvieran involucrados o afectados”.

La narración fue grabada y codificada para que en el momento del análisis fuera posible reconocer y valorar la voz textual del narrador, haciendo posible su reconfiguración narrativa, a la vez que se mantenía el anonimato del entrevistado. Cada entrevista duró en promedio entre 25 y 60 minutos, durante los cuales se describieron distintas situaciones que para el médico generaron dilemas en relación con el desarrollo de sus actividades profesionales en el contexto del conflicto armado.

Después de realizar la transcripción “línea a línea”, se identificó que cada narrativa contenía entre 300 y 1200 líneas. Dichas narraciones fueron agrupadas por categorías emergentes dado que varias de ellas comparten criterios analíticos (temporalidades, hechos, personajes y espacios, entre otros) que contribuyen a la comprensión de las situaciones dilemáticas.

Dentro de estas categorías de situaciones dilemáticas se procedió a identificar casos hasta que saturaran la categoría emergente, tal como lo propone la teoría fundamentada, utilizando la escogencia de datos por saturación de categoría. En total fueron escogidos 17 casos. Finalmente, se presentan cuatro categorías de situaciones dilemáticas que contienen los casos representativos. En estos casos, a su vez, se identificaron los principios que se enfrentan o se oponen en la práctica de médicos en contextos de conflicto.

Para la sistematización se utilizó el método de análisis de narrativas para la comprensión de los tiempos de crisis (Quintero 2011). De este método se realizaron varias modificaciones, siempre acordes con los objetivos del estudio, con el fin de identificar los principios morales y los rumbos de acción del médico en torno a la situación dilemática en el ejercicio profesional en contexto de guerra. Estas modificaciones se realizan en razón a que la metodología se orienta al análisis de narrativas en sus dimensiones ética y política, pero no a la identificación y análisis de situaciones dilemáticas. Por lo tanto, se considera que estos cambios son un aporte fundamental que complementa la propuesta metodológica.

En su estructura, esta metodología comprende cuatro momentos, cada uno con su propia significación, pero relacionados entre sí por la dinámica propia del enfoque narrativo hermenéutico interpretativo. Estos momentos permitieron la recolección, organización y sistematización de las narrativas de la siguiente manera:

Momento 1: Transcripción y Codificación. Consistió en la recolección y transcripción de las entrevistas narrativas acorde a la pregunta y objetivos del estudio. Cada narrativa narración se identificó con un código único que hacía referencia al entrevistado y protegía su identidad. Luego se identificaron las situaciones dilemáticas realizando la codificación y el análisis línea a línea. Cada caso fue identificado con un título que permitió caracterizar el tema y otorgar sentido a la situación dilemática.

Momento 2: Nivel textual de preconcepción de la trama narrativa. Se realizó un primer acercamiento a los significados que el médico le otorga a sus rumbos de acción en la práctica médica. Estos significados se relacionan con los principios que motivan a tomar una decisión. Las situaciones en relación con el rumbo de acción se discriminaron en referencia a:

a) **Hechos.** Se relacionaron con lo que el médico dijo respecto a los rumbos de acción de una situación dilemática expresada en lenguaje descriptivo, otorgándole rasgos de acuerdo con las características significantes para él desde su singularidad, relacionándola con sus decisiones y acciones. Se discriminaron las circunstancias, los medios y las consecuencias no deseadas en cada uno de los rumbos de acción.

b) **Temporalidades.** Incluyeron la descripción y organización del acontecimiento relacionado con el rumbo de acción en los que se ve involucrado el médico relacionado con el tiempo calendario, el tiempo humano y el tiempo del acontecimiento. Éste se reflejó en expresiones verbales, adverbios de tiempo y tiempos verbales.

c) **Espacialidades.** Éstas permitieron la identificación de lugares que caracterizaban las coordenadas espaciales y simbólicas que el médico refiere y relaciona con el rumbo de acción y su actividad.

Momento 3: nivel contextual de la trama narrativa. Se centró en el análisis de las fuerzas narrativas encontradas acerca del rumbo de acción elegido relacionándolo con los principios que emergen en el relato. Las fuerzas narrativas se refieren a lo que el narrador *“hace con el lenguaje”* y a *“lo que hace con lo que dice”* (Quintero, 2011).

Las fuerzas narrativas identificadas fueron: compromisorias (principios), metafóricas y simbólicas. Además, se identificaron las tipologías de los principios emergentes que guían el rumbo de la acción, a la vez que se caracterizan los sujetos relacionados con los juicios del médico, sus obligaciones y sus potencialidades como parte del rumbo de acción elegido.

Momento 4: nivel metatextual de reconfiguración de la trama narrativa.

En este nivel se reconfiguró la narrativa según la situación dilemática a través de la interpretación de la trama construida, teniendo en cuenta los rumbos de acción, la toma de decisión, los principios emergentes, la temporalidad y la espacialidad.

Acorde con el enfoque de investigación cualitativa y el diseño narrativo, el análisis que se presenta en los resultados es de naturaleza hermenéutico interpretativo.

Este capítulo consta de dos partes. Inicialmente se presentan las situaciones dilemáticas del médico en su contexto y se identifican los principios que se evidencian en la toma de decisión. Posteriormente, se realiza un análisis de los escenarios que involucran a los médicos con los niños y los jóvenes en el conflicto armado colombiano.

5.1 Situaciones dilemáticas del médico en su contexto y principios morales en el proceso de toma de decisión

Tal como se señaló anteriormente, las situaciones dilemáticas en la práctica médica se presentan cuando el profesional de la salud debe elegir un rumbo de acción entre dos contrarios. Estas diferentes alternativas se expresan en actos que se rigen por deberes o principios diferentes y generan obligaciones contradictorias.

Estas situaciones dilemáticas se identificaron en las narrativas de cada uno de los profesionales médicos participantes al evidenciar en su relato las tensiones relacionadas con alternativas diferentes en relación a una acción ante un escenario de su práctica médica.

Los médicos relataron diferentes situaciones que generaron ambivalencia en la toma de decisión, relacionados con su práctica profesional. Cada uno de estos episodios fue identificado en el momento del análisis de la trama narrativa y fue titulado de acuerdo con las tensiones en contraposición que generaron el conflicto de acuerdo con la narración.

Al analizar las categorías emergentes se observaron cuatro situaciones dilemáticas que visibilizan los significados dados por el médico a los diferentes rumbos de acción y permiten agrupar los casos. Estos son:

Tabla 1. Situaciones dilemáticas identificadas según categorías emergentes

Situaciones dilemáticas	Casos
Situación dilemática 1. El valor de la vida: Actuar como médico o el cuidado de sí.	Caso 1. Todos dieron un paso atrás Caso 2. Decida ya el que se quiera ir Caso 3. Ellos me tienen que dejar entrar Caso 4. Yo me tenía que quedar Caso 5. Me intimidaron por curarlas
Situación dilemática 2. Marcando territorios médicos: ¿Rebeldía o sometimiento?	Caso 6. Piense en reubicarse Caso 7. De bando a bando el que necesita tiene Caso 8. Puse mis límites Caso 9. Sale ya con nosotros Caso 10. Se metieron y me tocó irme
Situación dilemática 3. Ser médico: El protocolo o el cuidado del otro	Caso 11. El “Killer” o el paciente Caso 12. Entre la espada y la pared Caso 13. Mentir o salvar la vida Caso 14. Enfermos o combatientes Caso 15. El protocolo de seguridad o la atención médica
Situación dilemática 4. Más allá de la medicina: el consultorio o el cuidado colectivo.	Caso 16. La ceremonia: curar el muerto Caso 17. El juicio: médico o mediador.

A continuación se presenta el análisis de cada una de las situaciones dilemáticas, identificando los rumbos de acción y visibilizando los principios que emergen de la narrativa acordes con la pregunta de investigación: ¿cuáles son las decisiones y las acciones de los médicos en situaciones dilemáticas en contextos de guerra y qué

principios morales orientan sus elecciones?, y con los objetivos al describir las situaciones del ejercicio médico que generan dilemas a los médicos en contextos de guerra. Al mismo tiempo, se identifican e interpretan, en la resolución de situaciones dilemáticas de la práctica médica en contexto de guerra, los relatos acerca de sus decisiones y los principios morales que los orientaron.

Es importante señalar que la escritura de cada situación dilemática se hace de la siguiente manera:

- a) Inicialmente se presenta una tabla con los casos que contiene cada situación dilemática.
- b) A continuación se presenta cada caso con el título extraído de la narrativa.
- c) Luego se presenta el contexto espacial, temporal y cronológico del caso. Este punto es titulado acerca del contexto.
- d) Posteriormente se establece el dilema con los dos rumbos de acción posibles y contradictorios que el profesional valora identificando los principios que emergen para cada uno de ellos. Allí se estructura una tabla donde se identifican los rumbos de acción posibles y los principios que se visibilizan de acuerdo a la narrativa. Esta sección aparece como dilema.
- e) Por último, se presentan las fuerzas narrativas de los principios que orientaron el rumbo de acción elegido por el profesional.

5.1.1 Situación dilemática 1. El valor de la vida: actuar como médico o el cuidado de sí mismo

Esta situación dilemática contiene cinco casos, los cuales representan para el médico la opción de elegir entre la prestación del servicio profesional acorde con la investidura de ser médico dando respuesta a las necesidades del paciente o la defensa de su propia vida e integridad personal.

En esta categoría de situaciones dilemáticas se encontraron los siguientes casos:

Tabla 2. Situación dilemática 1: Casos identificados

aso	Titulo
	Todos dieron un paso atrás
	Decida ya el que se quiera ir
	Ellos me tienen que dejar entrar
	Yo me tenía que quedar
	Me intimidaron por curarlas

La educación médica considera que la práctica incluye aquellas acciones que realiza el médico en condiciones institucionales con pleno cumplimiento de condiciones de seguridad que garanticen su autonomía profesional, así como la del paciente. Sin embargo, de acuerdo a las narrativas recolectadas, los médicos en contextos de conflicto armado se enfrentan a una práctica en las que se contraponen los deberes profesionales con prácticas orientadas al cuidado de sí.

Esta situación genera ambivalencias sobre los límites de la acción profesional que en la formación como profesional no fueron contempladas. A continuación se presenta el análisis de estos casos.

5.1.1.1 Caso 1. Todos dieron un paso atrás

Acerca del contexto.

La situación dilemática se presenta a mediados de los años 90. En este tiempo la región sur oriental de Colombia se caracterizaba por presentar acciones violentas relacionadas con el narcotráfico, el paramilitarismo y la guerrilla. Históricamente esta

región es reconocida por su potencial de riqueza ecológica y su ubicación estratégica, lo que la convierte en ideal para los actores armados.

La médica se encontraba cumpliendo con el año rural. Esta práctica es condición para obtener el registro profesional ante el estado y se lleva a cabo después de obtener el título de pregrado. Por lo tanto, encontramos a una joven médica que inicia su experiencia profesional en un contexto de conflicto armado y que debe elegir entre las obligaciones de su profesión y su seguridad personal. Las condiciones del conflicto de la región son expresadas por ella misma *“Había un paro campesino para ese entonces, o estaba la voz de que iba a haber un paro campesino. Decían que realmente detrás de ese paro campesino, era un paro cocalero, porque estaban en el momento de las fumigaciones y el gobierno estaba entrando como a tomar lugar de esos sitios donde se producía coca”* (MF123:3-7).

Dilema.

En esta región como parte del ejercicio médico se organizan brigadas de salud para asistir a la población del área rural donde no existen médicos de planta.

En el momento de organizar la brigada el coordinador médico reúne a todos los profesionales que están en capacidad de asistir. Ante las condiciones de riesgo por el conflicto en la región pregunta quién va asumir en esta ocasión la atención de los pacientes y queda a la espera. La médica se enfrentó a la decisión de ofrecerse o no para asistir a la brigada de salud ya que consideraba que estaba en riesgo su vida, pero sabía de la necesidad de asistir a la población. A continuación se presentan los rumbos de acción que se plantean en el dilema y los principios que los orientan:

Tabla 3. Rumbos de acción posibles y principios que emergen para la toma de decisión

Rumbos de acción posibles	Principios que emergen para la toma de decisión
1. Participar en la brigada de salud	Deber profesional Responsabilidad Valentía
2. No ir a la brigada de salud	Prudencia Vulnerabilidad propia Cuidado de si

Principios morales que orientan el rumbo en la toma de decisión

La médica decide participar en la brigada de salud: *“Pues yo “me ofrecí”, entre comillas, porque nadie más había, todos dieron un paso atrás yo quedé adelante. Ninguno de los compañeros médicos quiso ir”* (MF123:13-15).

En el momento de enfrentarse a los rumbos de acción se hace referencia al deber profesional del médico. A pesar de querer elegir no hacer la brigada de salud, existe una obligación que prima sobre el miedo. Se expresa en relación a que alguien tiene que ir a atender a la población. Se refuerza la elección en que a pesar de que los otros profesionales buscan excusa, la médica no fue capaz de dar un paso atrás, y como lo expresa *“me ofrecí”*.

Es necesario resaltar que argumentando la obligación y vocación médica, ella no se niega, pero tampoco se ofrece directamente. Incluso realiza un análisis donde manifiesta que si en ese momento hubiera tenido hijos, también hubiera buscado la forma de no ir. Justifica a sus compañeros dado que ellos tenían alguien por quien responder, pero ella no. Arriesga su propia vida por el deber profesional y prevalece finalmente la opción de la tradición del deber médico en la atención al paciente sobre el temor.

La practicante acude a una metáfora para narrar su situación y para expresar el miedo que se apoderó de los médicos, así como la actitud que toma de conservación de su propia vida, por encima del deber médico aprendido en su proceso de formación. Simbólicamente, la obligación se expresa como quedar adelante, ofrecerse para cumplir con el pacto de cuidado del médico hacia la población.

Se evidencian como principios, el deber profesional: “*Uno en ese momento es como prestador de su deber*”; la responsabilidad: “*Alguien tiene que ir y pues yo me ofrecí*” y la valentía: “*Todos dieron un paso atrás yo quedé adelante*” (MF123:12-15).

Uno de los juicios realizado sobre este marco de acción se expresa en el novio de la médica, quien expresa “*Bueno, si le tocó, pues vaya*”. Ella acepta esta condición, pues en ese momento deja de ser la persona que tiene miedo y se transforma en el profesional médico que trae incorporado la responsabilidad del cuidado por el otro.

Tabla 4. Fuerzas narrativas relacionadas con los principios que guían la toma de decisión

Principios	Fuerza narrativa (compromisoria)
Deber profesional	<i>“Uno en ese momento es como prestador de su deber” (MF123:12).</i>
Valentía	<i>“Todos dieron un paso atrás yo quedé adelante” (MF123:13-14).</i>
Responsabilidad	<i>“Alguien tiene que ir y pues yo me ofrecí” (MF123:15).</i>

A partir de lo enunciado, se observa que existe ambivalencia moral relacionada con la responsabilidad del deber profesional y el riesgo de la vida. Esta ambivalencia es fruto de la autonomía que le permite elegir y confrontar el significado de su deber profesional contra el riesgo. Este significado se construye en relación con el ejercicio profesional cotidiano con los pacientes y en razón de las necesidades de la población; es allí donde emerge la responsabilidad, que en este caso hace referencia a la valoración

que la médica realiza de las consecuencias de no asistir a la brigada, ya que es un deber como médico, y por lo tanto considera que alguien debe ir ya que existe la necesidad de la población. Esta responsabilidad es valorada a nivel individual en relación con su interpretación de ser médico como prestador de servicios a la comunidad que lo requiere.

En el momento de la toma de decisión, la normativa no obliga a prestar un servicio que coloca en riesgo la vida. Sin embargo, la médica atribuye una obligación moral basada en su intención como profesional de la salud que estaría solamente determinada por su propia conciencia de la acción e implica una sanción personal en relación con la decisión, es decir, que se siente afectivamente responsable de cumplir con el cuidado a la población y con el deber profesional valorando este motivo por encima de la propia vida.

5.1.1.2 Caso 2. Decida ya el que se quiera ir

Acerca del contexto.

El caso se presenta en un pueblo de la Orinoquia colombiana a finales de los años 90. Se iba a realizar una brigada de salud en un momento de combate inminente entre el ejército y la guerrilla: *“Eso era ahí, ahí en el pueblo”* (MF123:75). Esta narrativa evidencia el conflicto armado en Colombia, en el cual están afectadas la población civil, las misiones médicas y refiere: *“Uno siente que está en la guerra”* (MF123:76).

El equipo de salud generalmente es acompañado por un médico salubrista de campo, que es quien conoce el terreno y planea las acciones de salud. Al mismo tiempo, es responsable del equipo y en este caso debe informar a los profesionales sobre la situación: *“Bueno, se sabe que va a haber enfrentamiento. No sabemos que pueda suceder, si esto quede sitiado, si lo cojan los de la guerrilla. Decida ya el que se quiera ir. Es una cuestión personal”* (MF123:58-61).

En la anterior narrativa, prevalece el tiempo humano referido por el protagonista de la historia, el cual visibiliza la tensa situación de la espera del combate, se trata de hacer tiempo y estar listo para la atención pero sin tener donde estar: *“Esa tarde, una tarde de esas, me quede yo en un consultorio odontológico porque además no tenía ni*

donde esperar, ni estar, porque no había costumbre en ese centro clínico que hubiera tantas personas” (MF123:66-68).

Dilema.

El médico contempla dos opciones: quedarse a la brigada o retirarse. En un primer momento elige proteger su vida y retirarse: *“Yo tenía toda la intención de levantar la mano y salir corriendo”* (MF123:61). Estaba en riesgo la vida y la integridad personal, existían más profesionales que asumieran la atención, luego tenía esa opción. Sin embargo, ningún profesional decidió retirarse: *“Nadie lo hizo, nadie lo hizo”* (MF123:62). La elección en este caso visibiliza virtud: el honor propio. *“Me tocó, como por una cuestión como de honor quedarme”* (MF123:63). Un honor referido a la lo que pueden pensar los otros de su decisión si se retira, la vida pública como profesional ante los otros que elijen el deber profesional. No podía ser el único en abandonar el terreno, ya que cuando iniciaran los enfrentamientos se iban a necesitar médicos.

Tabla 5. Rumbos de acción posibles y principios que emergen para la toma de decisión

Rumbos de acción posibles	Principios que emergen para la toma de decisión
Quedarse a pesar del ataque inminente con el riesgo y atender los pacientes	Honor propio Neutralidad Imparcialidad Igualdad Deber profesional
Irse y no atender a los pacientes	Cuidado de sí (Protección de la vida propia)

Principios morales que orientan el rumbo en la toma de decisión

La acción elegida es quedarse para atender los pacientes a pesar del ataque inminente. El principio que subyace al proceso de toma de decisión se relaciona con el honor propio ante los otros médicos, una virtud expresada como central en el desarrollo de una verdadera vocación y práctica médica, la virtud de consagrar su vida al servicio de los demás. El médico, a pesar de tener miedo debido a la vulnerabilidad en la que estaba exponiendo su propia vida y tener la opción de irse, argumenta: “*Me tocó como por honor quedarme*” (MF123:63), sus compañeros se mantuvieron firmes y ante eso él también decide quedarse a atender los pacientes. Este honor se refiere a su propio ser, ante el otro que lo lleva a comportarse acorde con las normas que se le indican a un profesional médico.

Por otra parte, se visibiliza el miedo en relación con la amenaza de perder la vida o el riesgo que corre su integridad en relación con la incertidumbre de lo que va a suceder. Las experiencias en Colombia en relación con el personal médico en el conflicto armado indican que no existe respeto por la misión médica, por lo tanto existe una amenaza real, un miedo derivativo que determina la conducta humana en relación con la supervivencia; cuando se presenta riesgo para su vida la protección de su integridad es la prioridad: “*yo lo único que hice fue hacerme detrás de una columna y esperar que por el frente de la ventana donde yo estuviera no entrara ningún tiro*” (MF123:76-78). En este instante se manifiesta la vulnerabilidad a la que están expuestos los profesionales que realizan su práctica en el contexto de guerra, la experiencia rural, en la mayoría de los casos, se convierte en la primera y genera situaciones de estrés psicosocial y traumático que, sumadas a la presión de ejercer el deber profesional en condiciones de fragilidad, constituyen un riesgo a la integridad de médicos y pacientes. Simbólicamente, el lenguaje expresa “*no tenía ni donde esperar, ni estar*” (MF123:67), éste es el entorno mientras se presenta el desenlace de la situación en ese momento donde se estaba realizando la brigada de salud. Finalmente, termina en medio del conflicto a pesar de encontrarse en un pueblo dentro de un centro de salud.

El médico, en el momento del combate, reconoce que ha debido abandonar el lugar: “*Yo cuando pensaba hacia atrás, decía: ‘¿por qué yo no me fui?’. Ya nada que*

hacer” (MF123:64). Sin embargo, el honor propio ante el concepto que pueden tener los demás de sí mismo como profesional virtuoso y, posteriormente, el deber, reafirman la elección de quedarse a la espera de los heridos.

La atención médica como parte del deber y obligación profesional se hace evidente cuando afirma: *“Nosotros atendimos los pacientes, sin saber si eran campesinos, guerrilleros o del ejercito. De todo nos llegó”* (MF123:81-84). Allí se identifican también los principios de neutralidad e imparcialidad en la atención médica; lo importante era salvar la vida de los heridos en medio del combate. En relación con el deseo de irse de la escena, se encuentra un fenómeno de deliberación en donde el médico se pregunta por las razones que están a favor y en contra de quedarse a prestar atención a los pacientes; por un lado estaría la atención y por el otro su propia seguridad. En ese momento, el profesional piensa en lo que es prioritario y prevalece la atención a los heridos suspendiendo sus deseos de protegerse. La pregunta sobre el qué hacer no tiene como meta algo necesario, ya que puede irse; sin embargo, existe la posibilidad de que los heridos necesiten atención y por lo tanto esta posibilidad que representa a los pacientes se convierte en el motivo que tiene el médico para quedarse y le permiten elegir el bien que para ella es privilegiado en la elección; elige lo que considera es bueno y no se retira retomando la responsabilidad profesional a través del servicio médico.

Tabla 6. Fuerzas narrativas relacionadas con los principios que guían la toma de decisión

Principios	Fuerza narrativa (compromisoria)
Honor propio	<i>“Me tocó, como por una cuestión como de honor quedarme” (MF123:63).</i>
Igualdad	<i>“Nosotros atendíamos a la gente sin saber si era guerrillera o si era campesina. Sí, digamos que los guerrilleros no iban a decir que eran guerrilleros sino campesinos, no sabíamos si eran</i>
Imparcialidad	

Responsabilidad	<i>campesinos, si eran del ejército, de todo nos llegó.”(MF123:81-84),</i>
Vulnerabilidad	<i>“Comenzaron a racionar la comida porque no se sabía lo que iba a suceder” (MF123:65-66).</i>

5.1.1.3 Caso 3. Ellos me tienen que dejar entrar

Acerca del contexto.

La situación se presenta en un pueblo en la región sur oriental de Colombia. Allí dominaba el territorio el ELN, que realizaba ajusticiamientos como parte del escarnio público. Era domingo en la tarde y la profesional se encontraba en su día de descanso “(...) como trabajaba en la mañana del domingo hasta cierta hora y después cerraba (...) ya había cerrado y estaba arriba comiéndome un helado de guayaba y de repente: tá-tá-tá (...) ¿A quién mataron? ¿No? Pensé” (MF337:337-340). La memoria del lugar en el momento del acontecimiento impacta tanto a la médica que se acuerda detalladamente de los hechos y describe una situación que afecta a toda la comunidad “Además matan los domingos para que todo el mundo vea” (MF337:336).

La fuerza narrativa simbólica representa el dolor lo que sucede después de los disparos: “Y empiezan unos berridos, pero alaridos de mujer horribles, la cosa más horrible que usted se pueda imaginar. Pero yo nunca he vuelto a oír eso. Una cosa, unos alaridos con toda la fuerza, que retumbaban por todo el pueblo, de una mujer gritando” (MF337:343-347).

La metáfora “retumbaban por todo el pueblo”, conlleva la sensación de impotencia de escuchar que se pide ayuda y no se puede hacer nada. Para la médica, esta situación no puede continuar así, es necesario intervenir y ella debe hacer algo: “Bueno, pasó una hora y no se callaba. Pasaron dos horas y no se callaba. Pasaron tres horas y no se callaba. Y yo dije: «esa señora está psicótica y ellos me tienen que dejar entrar porque está enferma»” (MF337:351-353).

Dilema.

Ante la situación de sufrimiento de la mujer, para la médica existe el deber de mitigar el dolor, darle atención médica y tratar de solucionar la situación. Se inicia así

el proceso de toma de decisión entre acudir en su ayuda o permanecer resguardando su propia seguridad e integridad: “*Voy a bajar a sedarla. Yo estaba con un funcionario del pueblo y me dice él: «pero ¿cómo se le ocurre? ¿Ud. no se ha dado cuenta cómo es que hacen ellos?, matan la gente, la exhiben, la exponen ahí y se quedan alrededor y nadie se puede acercar a ayudar a los muertos sino hasta que ellos se van. Usted mañana puede ir. Si va la pueden matar»*” (MF337:354-357).

Sin embargo la argumentación relacionada con poseer la capacidad de ayudar es más fuerte en el momento de elegir cuál es el bien que prefiere resguardar y elige socorrer a la persona: “*(...) pero yo no me aguanto más eso. Yo voy a bajar a sedarla, mire si quiere quédese, pero yo no me voy a quedar aquí. Yo lo lamento pero yo voy a ir*” (MF337:365-366).

Tabla 7. Rumbos de acción posibles y principios que emergen para la toma de decisión

Rumbos de acción posibles	Principios que emergen para la toma de decisión
No ir a atender en el lugar del asesinato a la señora	Cuidado de sí Prudencia
Atender a la señora en el lugar del asesinato	Cuidado del otro Responsabilidad Respeto Dignidad Solidaridad Deber profesional Compasión

La señora que se encuentra en esta condición *“Era una viejita ciega como de sesenta años y los muertos de la puerta eran el esposo –un viejito– y los tres hijos”* (MF337:351-353). En Colombia el conflicto armado ha afectado a la población civil y principalmente a los hombres jóvenes.

Espacialmente estaban ubicados en un sector pobre y humilde: *“Era una covacha campesina de tablas, así de una sola pieza de piso de tierra y tenía las camitas hechas en el piso con tablitas y ladrillos así (...) y no tenían mesa de comedor ni nada, sino como un comedor hecho con tablas; todo eran como tablas y una cocinita allá”* (MF337:382-383).

Principios morales que orientan el rumbo en la toma de decisión

La acción elegida es atender a la señora en el lugar del asesinato, que para la médica implica asumir el riesgo de su integridad y acercarse al lugar en que se presentan los hechos, para esto, toma los elementos que tiene a su alcance: *“Entonces yo cogí lo único que tenía para sedar que era sinogan, no tenía más. Me llevé un frasquito y me puse mi bata... me puse la bata, me lleve un fonendoscopio y un tensiómetro. Y el pueblo estaba desocupado”* (MF337:372-375). El hecho de ponerse la bata, es un espacio simbólico que la identifica como médica y tiene el significado de protección. Ella va a actuar como parte del cumplimiento de su deber y lleva los insumos que la identifican como tal: el tensiómetro y el fonendoscopio, con estos elementos enfrenta los obstáculos para llevar a cabo su labor.

Al llegar, el espacio es identificado con la muerte: *“Entonces llegamos y tenían tres cuerpos de hombres masacrados en la puerta, llenos de moscas porque habían pasado muchas horas. Repletos de moscas de la punta de la cabeza a la punta de los pies y adentro eran los gritos de la señora”* (MF337:380-381).

En un primer momento, debe realizar un diálogo con el agresor que le impide dar atención a la señora: *«Buenas medica ¿cómo está?», me dijo el que estaba allá. Yo dije: «Buenas señor ¿cómo le va?» - «¿a qué viene médica? ¿Qué le pasa?», contestó. Yo dije: «pues vengo a atender a la señora». Él me contestó: «¿cómo se le ocurre? yo no la puedo dejar entrar». Yo dije: «Ud. me tiene que dejar entrar porque esa señora está enferma psicótica». Me dijo: «Pero medica ¿qué le pasa? Ud. sabe que yo no la puedo*

dejar entrar. No ve que es un ajusticiamiento, esto es para escarnio de la gente. Usted Sabe»” (MF337:389-398).

Luego inicia una negociación argumentando compasión con la víctima: *“Esto esta encarnizado, así nadie los va a respetar más porque ustedes maltraten a una mujer así. Yo no le voy a quitar estos cadáveres de aquí, haga el escarnio con ellos pero a la mujer déjeme que la sede, que eso hace que ustedes tengan buena imagen porque van a decir que ustedes fueron compasivos con la mujer y que me dejaron entrar a atenderla”* (MF337:410-418). Finalmente consigue que le permitan entrar a ver a la señora.

En relación con los principios emerge como eje la atención de quien lo requiere: el deber profesional. En esta oportunidad se acompaña de cuidado y respeto, dignidad y solidaridad.

Tabla 8. Fuerzas narrativas relacionadas con los principios que guían la toma de decisión

Principios	Fuerza narrativa (compromisoria)
Deber profesional	<i>” Ud. sabe que yo soy la médica y que yo tengo el deber de atenderla y yo no voy a dejar esa señora psicótica más tiempo allá.”</i> (MF337:399-400).
Cuidado Respeto	<i>“¿Tiene sed señora? Le pregunté. Sí... claro que tenía sed. Entonces le serví el vasito de agua y le dije: «Mire tómese el agüita señora. Venga siéntese aquí conmigo, déjeme que la examine, es que yo la noto un poco nerviosa»”.</i> (MF337:450-457).
Responsabilidad	<i>“Ella seguía gritando, gritando, gritando. Entonces yo le dije: «señora mire, yo soy la médica... siéntese aquí que yo la voy a tranquilizar, yo la voy a examinar. Déjeme que la examine». La convencí de que se sentara y empecé a darle sinogán en un vasito: le echaba góticas de sinogán y le daba. Le iba tomando la tensión y le iba poniendo el tensiómetro y se me empezó a bajar la tensión. Ya estaba un poco más tranquila pero nunca dejo de gritar y no se</i>

	<i>durmió” (MF337:461-466).</i>
Dignidad Solidaridad ad Compasi ón	<i>“«Se me queda aquí tranquila. Yo mañana vengo, la visito ¿Quiere comer algo?». « ¿Usted. sabe que yo no sé cocinar nada?». Dije: «a esta viejita toca darle algo de comer». «¿Ud. quiere comer algo?». No había nada. «Entonces yo le voy a hacer unos huevos fritos». Entonces me puse y le prepare nos huevos fritos y le di huevitos. Dije: «mire yo me voy... le voy a dejar agua en esta mesita para que Ud. tome»” (MF337:474-378).</i>

5.1.1.4 Caso 4. Yo me tenía que quedar

Acerca del contexto.

Este caso se desarrolla en Colombia en la región sur occidental de la Orinoquia finalizando los años 90. Ante una amenaza hacia la población de un ataque paramilitar, una joven médica refiere que: *“allá mataron a todo el mundo. Los mataron los ‘paracos’ después de del tercer recambio”* (MF337:630-634).

Estas situaciones de inseguridad para el personal médico se presentan frecuentemente en nuestro país en las regiones de conflicto armado, cuando se presta el servicio con neutralidad e imparcialidad los diferentes actores: *“Todos decían que nos fuéramos para no correr riesgos (...) esta señora tenía el único carro dentro del pueblo. «Mi esposo ya mismo los lleva a donde quiera», nos dijo. «Si quieren váyanse para la capital y no vuelvan»”* (MF337:628-630). Se observa como la solución del desplazamiento hacia la capital es una forma de búsqueda de la seguridad y una única alternativa ante esta amenaza.

Dilema.

El dilema se presenta cuando la médica debe elegir entre salir del pueblo para proteger su vida o quedarse para atender un paciente que ya había sido anunciado.

La población solidariamente insiste ante las experiencias previas en su escape: *“Vaya médica, no sea terca. Entonces váyase al menos para el otro pueblo”* (MF337:638-639). Sin embargo el deber profesional de esperar por un paciente se

presenta como otra opción “*Ya me habían anunciado que llegaba un herido: no me podía ir*” (MF337:641).

Tabla 9. Rumbos de acción posibles y principios que emergen para la toma de decisión

Rumbos de acción posibles	Principios que emergen para la toma de decisión
Salir del pueblo y no esperar al herido	Vulnerabilidad Cuidado de sí
Quedarse en el pueblo y esperar al herido	Justicia Deber profesional Cuidado del otro Solidaridad

Principios morales que orientan el rumbo en la toma de decisión

La acción elegida es quedarse en el pueblo y esperar al herido. El argumento de lo justo emerge en relación a que no existe un motivo para correr riesgos o ser amenazados: “*No señora, aquí no pasa nada. No se preocupe que nosotros no hemos hecho nada malo. Nos quedamos ahí con normalidad*” (MF337:642-643).

El deber profesional es prioridad para esta médica, ya que se convierte en la obligación guía de su rumbo de acción: “*No señora, yo me quedo aquí. Yo me tenía que quedar. Iba a llegar un herido... ¿cómo me iba?*” (MF337:639-640).

En estas situaciones emergen los valores verdaderos de la amistad: “*Uno descubre quiénes son los amigos porque la gente que se nos acercó a hablarnos, nos ofreció tinto y todo eso eran los bien. Los demás, la gente estuvo súper alejada de nosotros. Nadie fue a consulta, nadie nada. Solo la enfermera hablaba conmigo. Así como los más amigos, los que vivían en mi casa hablaban conmigo casualmente*” (MF337:644-648).

Tabla 10. Fuerzas narrativas relacionadas con los principios que guían la toma de decisión

Principios	Fuerza narrativa (compromisoria)
Deber profesional Cuidado del otro Solidaridad	“«Pero nada, nos toca quedarnos porque...», yo no les dije, pero yo sabía que iban a traer un herido.” (MF337:639-640).
Amistad	“ <i>Uno descubre quienes son los amigos</i> ” (MF337:644).
Justicia	“Nosotros no nos vamos a ir nosotros. No hemos hecho nada malo” (MF337:642-643).

5.1.1.5 Caso 5. Me intimidaron por curarlas

Acerca del contexto.

Este caso se presenta en una ciudad de la región andina Colombiana a mediados de la década del 2000. Allí transcurre el ejercicio profesional de una médica que reconoce su preparación previa para la atención de víctimas de la violencia: “*Ya había hecho mucha experiencia con violencia sexual, porque allá me tocaba tener un programa de violencia sexual*” (MF378:99-101).

Metafóricamente, la narradora tipifica el acontecimiento utilizando una comparación con el encuentro de extraterrestres, es decir, para ella se trata de un encuentro cara a cara con lo inesperado, lo desconocido, con algo fuera del alcance humano: “*Allá si hubo un accidente cercano del tercer tipo*” (MF378:102). Es por lo tanto una experiencia inesperada, extrema y desconocida para ella.

Espacialmente la circunstancia se desarrolla en un territorio médico, representado en una clínica: “*Entonces un buen día llegué yo a la consulta*” (MF378:114). Es importante señalar que este ambiente es considerado seguro para el

desarrollo de la práctica médica y no se espera que represente vulnerabilidad. Se identifica también el territorio de lo personal, lo íntimo, su hogar: “*Me seguían hasta la casa*” (MF378:127).

La fuerza narrativa simbólica expresa la intensa experiencia que impacta y compromete su ejercicio profesional cotidiano: “*Horribilísimo, porque empezaron a consultar víctimas de violencia sexual y entre las muchas víctimas aparecieron unas víctimas de tratos de mujeres*” (MF378:103-104).

La Organización Internacional para las Migraciones con misión en Colombia, define la trata de personas como un delito de lesa humanidad que atenta contra los derechos humanos. La violencia de género que ha sido utilizada dentro del desarrollo del conflicto armado en Colombia como una forma de dominación, intimidación y control por parte de los diferentes actores armados. En este caso se trata de: “*Unas jóvenes supremamente bonitas que habían caído en redes de tratos a través de concursos de belleza*” (MF378:105-106).

Esta situación revela un periodo que se caracteriza por la alta presencia del paramilitarismo en Colombia. Los victimarios son identificados como: “*Gente que tenía una red de tratos que estaba en cargos políticos en ese momento en el senado. Había uno que era senador y eran paramilitares. Ya era la época de aquel presidente*” (MF378:123-125).

Dilema.

El dilema se presenta cuando, ante la mejoría de las pacientes, la médica es intimidada para que abandone la consulta. Es decir ella debe decidir entre continuar atendiendo a las mujeres: “*Había muchas niñas de esas de la misma red de tratos que empezaron a ir. Y todas empezaron a mejorarse y empezaron a quererse salir de la red de tratos.*” (MF378:110-113); o ceder ante las amenazas de los victimarios para que dejara de atenderlas, ya que representaba una pérdida económica para la red: “*Era la gente de la red de tratos de mujeres que se pillaron que yo era muy efectiva, que las muchachitas se les estaban yendo, ¿sí?, y llegaron allá a intimidarme para que yo dejara de trabajar con las muchachitas. Y me amenazaron porque eran ‘paracos’*” (MF378:119-122).

Sin embargo la médica estaba siendo intimidada y vulnerada por cumplir con su labor “(...) *toda la consulta de varios días estaba pedida por hombres. Y los hombres se metían a la consulta, y con motivos de consulta falsa y me intimidaban, y me intimidaban*” (MF378:115-117).

Se distinguen dos espacios a través de la narrativa el trabajo en el consultorio y la casa con la familia. Es una contraposición entre la vida pública y la privada; en este caso, la vida pública ligada al cumplimiento del deber profesional que no se espera involucre la intimidad y seguridad de la familia: “*Salía yo del trabajo y había carros de vidrios polarizados en la puerta, me seguían hasta la casa*” (MF378:126-128). Con una metáfora describe el sentimiento al ver involucrada a su familia en esta situación relacionada con el trabajo: “*Me dejaron un paquetico en la casa, yo empecé a paniquiarme (sic) que le iban a hacer algo a mi familia*” (MF378:128-129). Es importante resaltar que el miedo, aparece en relación con el daño que pueden sufrir los otros, importantes para ella, no la vulnerabilidad de ella misma.

Tabla 11. Rumbos de acción posibles y principios que emergen para la toma de decisión

Principios	Principios que emergen para la toma de decisión
No seguir atendiendo a las jóvenes víctimas de violencia sexual	Cuidado de sí Autonomía del médico Defensa de la vida propia Cuidado por la familia Protección de su integridad
Seguir atendiendo a las víctimas de violencia sexual	Deber profesional Autonomía Libertad

Principios morales que orientan el rumbo en la toma de decisión

La médica trata de buscar soluciones para la situación en que se encuentra y acude a su jefe inmediato con el fin de buscar apoyo exponiendo su vulnerabilidad: *“Yo fui y hablé con la jefe de de esa época y le conté. Nunca habían tenido una situación de seguridad en ese lugar, no sabían qué hacer” (MF378:131-133).* A pesar de tener la disposición y la certeza de la eficacia de su tratamiento con el cumplimiento de su deber profesional: *“ella se empezó a recuperar de la enfermedad que tenía y no sé qué. Y decidió salirse de la red de batas” (MF378:109-110).*

El miedo ante los victimarios: *“Esta gente es peligrosa. Yo de verdad a los ‘paracos’ les tengo susto” (MF378:137),* se hace más palpable después de conocer la impotencia de su jefe ya que no se puede hacer nada para combatir y detener la amenaza y la médica elige abandonar el lugar.

El sentimiento de miedo y la circunstancia de intimidación se evidencia en el relato: *“Yo llegaba allá y había tipos, tipos, tipos en la sala de espera. Me están amenazando directamente y saben dónde vivo” (MF378:138).* La profesional a través de la repetición de la palabra *“tipos”*, describe la cantidad de hombres que la rodeaban y la circunstancia de vulnerabilidad en la que se encuentra, se vislumbra el desasosiego ante el hecho.

La inseguridad en el momento en que vive las amenazas a su entorno revela la fragilidad que aumenta el miedo y surge el cuidado hacia su familia, como principio fundamental en la toma de decisión: *“Yo empecé a paniquiarme (sic) que le iban a hacer algo a mi familia” (MF378:129).*

Finalmente la médica privilegia el cuidado y la protección de su integridad y la de su familia: *“«Yo no tengo por qué seguir haciendo esto». Renuncié y no volví por allá” (MF378:139-140).*

Tabla 12. Fuerzas narrativas relacionadas con los principios que guían la toma de decisión

Principios	Fuerza narrativa (compromisoria)
Cuidado de si	<i>“Yo llegaba allá y había tipos, tipos, tipos en la sala de espera.” “Me están amenazando directamente y saben dónde vivo” (MF378:138).</i>
Vulnerabilidad del médico	<i>“Yo fui y hablé con la jefe de de esa época y le conté. Nunca habían tenido una situación de seguridad en ese lugar, no sabían qué hacer” (MF378:131-133).</i>
Cuidado hacia la familia	<i>“Yo empecé a paniquiarme que le iban a hacer algo a mi familia” (MF378:129).</i>
Autonomía Protección de su integridad	<i>“«Yo no tengo por qué seguir haciendo esto». Renuncié y no volví por allá” (MF378:139-140).</i>

5.1.2 Situación dilemática 2. Marcando territorios médicos: ¿Rebeldía o sometimiento?

Esta categoría contiene cinco casos, los cuales representan la ambivalencia del médico cuando debe decidir entre defender su territorio médico (centro de salud, brigadas, hogar) o ceder ante la intimidación de los diferentes actores armados. Se encuentran los siguientes casos:

Tabla 13. Situación dilemática 2: Casos identificados

aso	Título
	Piense en reubicarse
	De bando a bando el que necesita tiene
	Puse mis límites
	Sale ya con nosotros
0	Se metieron y me tocó irme

Desarrollar actividades médicas en regiones de conflicto armado donde no se respetan las indicaciones de la misión médica se convierte para los profesionales en una situación de riesgo. Además de exponer su vida, en muchas ocasiones deben tomar decisiones que implican oponerse o aceptar lineamientos externos que pueden interferir con la práctica médica: su territorio.

A continuación se expondrá el análisis de los casos seleccionados.

5.1.2.1 Caso 6. Piense en reubicarse

Acerca del contexto.

Las circunstancias se presentan en una región del Magdalena medio Colombiano al inicio de los años 90's. Este territorio maneja sus propias dinámicas por ser un espacio estratégico de varios grupos armados: paramilitares, guerrilla, narcotraficantes. También cuenta con la presencia de las fuerzas del estado tratando de retomar la región. Para el protagonista de esta narrativa, el espacio es un escenario con un fuerte contenido simbólico: *“Si a mí alguien me explica cómo funciona la región no vengo”* (MM222:62).

Existen códigos de comunicación simbólicos que trazan límites territoriales para los habitantes de la región. Estos códigos prohíben y limitan el tránsito por determinados

caminos y a determinadas horas del día. El médico se refiere a ellos y siente que acaba de realizar una elección ignorando esta condición: *“Yo aquí llegué en paracaídas”* (MM222:61-62), con esta metáfora esta contrastando el desconocimiento de la región y sus códigos con un vuelo a ciegas que lo lleva a afrontar situaciones que nada tienen que ver con la medicina.

El caso se inicia después de que el médico atiende a un paciente de las autodefensas de la región y al poco tiempo, *“como a los tres o cuatro días me llegó a buscar un fulano, un alguien ahí, de paisano”* (MM222:45-46), que le increpa por estar *“ayudando a los paramilitares”* (MM222:46-47). Al mismo tiempo le sugiere de forma intimidante que piense en abandonar el lugar porque eso *“les molestaba mucho”* (MM222:47).

Dilema.

En este momento se configuran dos rumbos de acción: continuar prestando su servicio profesional a los pacientes en la región o abandonar el lugar. El médico inicia una negociación para quedarse a través del diálogo. Su primera reacción es solicitar un encuentro: *“que me dijeran con quién había charlado que eso había que aclararlo”* (MM222:62). Se reconoce como un ser capaz de justificar sus acciones ante el otro, teniendo en cuenta que él es el único médico que acepta estar en la región a pesar del conflicto que se presenta.

En los días siguientes es sacado del centro de salud por el grupo guerrillero con el siguiente objetivo *“Mire médico, pues vamos a coger la lancha y nos vamos a ir para que usted haga unas actividades de salud”* (MM222:52-54). Sin embargo, era solo un pretexto para el encuentro con el comandante del ELN de la región.

Allí, el médico se presenta como el profesional que viene a atender una población que ha estado desprotegida durante mucho tiempo: *“Yo pensé que tenía claro que ustedes llevaban seis años y medio sin médico en este pueblo, pues precisamente por este conflicto”* (MM222:76-78). Argumento que es ratificado en relación con su estricto desarrollo profesional en medicina al completar: *“Yo ni siquiera conozco la política de la región porque yo estudié fue en Bogotá”* (MM222:60-61).

Tabla 14. Rumbos de acción posibles y principios que emergen para la toma de decisión

Rumbos de acción posibles	Principios que emergen para la toma de decisión
Quedarse en el lugar	Deber profesional Responsabilidad Neutralidad Imparcialidad
Abandonar el rural	Cuidado de si (Protección de la vida propia) Vulnerabilidad

A través de la narrativa se establece el perfil de los médicos que llegan a prestar servicio a una a región en conflicto armado; no saben que existen códigos y reglas que están más allá de su profesión y que en un momento determinado pueden establecer la diferencia entre la vida o la muerte. Están presionados por cada uno de los actores armados, quienes pretenden tener a su servicio el valor de un médico que dé atención en salud a su grupo. Por lo tanto, estas poblaciones a menudo se encuentran sin servicio médico, no todo el mundo está dispuesto a tener que negociar para realizar su labor. En la escuela de medicina este tipo de situaciones no están contempladas.

Principios morales que orientan el rumbo en la toma de decisión

El diálogo continúa y es allí donde el médico hace referencia a los principios que lo orientan para quedarse en esta región y continuar atendiendo a los pacientes que lo requieran.

Tabla 15. Fuerzas narrativas relacionadas con los principios que guían la toma de decisión

Principios	Fuerza narrativa (compromisoria)
Igualdad Imparcialidad	” Si usted es el que está tirado con la pata rota y toda esa cosa, pues entonces yo me lo llevo a donde haya que llevarlo” (MM222:63-64).
Deber Profesional	“Igual yo tengo la obligación, era exactamente la misma obligación con cualquiera de los dos y con quien quiera que esté en medio” (MM222:65-67).
Neutralidad	“Y si se presenta la necesidad de que yo venga aquí a trabajar con usted, pues yo vengo, no hay ningún problema, pero que sepa que no voy a tomar bando en toda esta historia.” (MM222:69-70). “La verdad es que finalmente me volví bastante neutral” (MM222:83).
Responsabilidad	“(…) entonces, pues este, si se vuelve a presentar esto, pues tendría que volver a llevar a un tipo de estos” (MM222:68-69).

En relación con la imparcialidad principio del Derecho Internacional Humanitario (DIH), el médico expresa que: *“Usted tiene que entender que si usted es el que está tirado con la pata rota y toda esa cosa, pues entonces yo me lo llevo a donde haya que llevarlo”* (MM222:63-64). Al mismo tiempo manifiesta que él tiene el deber profesional de atender a quien lo necesite con igualdad: *“Sucedió que era el señor ese*

que estaba ahí, o sea que igual yo tengo la obligación, era exactamente la misma obligación con cualquiera de los dos y con quien quiera que esté en medio” (MM222:65-67). Es reforzado con el principio de igualdad y responsabilidad: *“Entonces, pues este, si se vuelve a presentar esto, pues tendría que volver a llevar a un tipo de estos”* (MM222:68-69).

Elige un calificativo personal negativo para sí mismo por creer que podía laborar en la región *“Consiguen un tonto que se quiere estar los seis meses de rural como mínimo”* (MM222:78-79). Este epíteto refleja su estado, entre la impotencia de reconocer que es violentado por trabajar en lo que se preparó estudiando y el deseo de continuar haciéndolo, que incluso lo lleva a negociar.

El médico deja claro que no está intimidado y que no ha actuado mal, justifica su acción a través de los argumentos donde visibiliza su intención de actuar con igualdad, respetando a todo aquel que requiera de su ayuda: *“Y si se presenta la necesidad de que yo venga aquí a trabajar con usted, pues yo vengo, no hay ningún problema, pero que sepa que no voy a tomar bando en toda esta historia”* (MM222:69-70).

El interlocutor insiste en *“que es que a nosotros nos gusta”* (MM222:74), situación que replantea el eje argumentativo del médico hacia la población: *“si quiere yo me voy... yo pensé que tenía claro que ustedes llevaban seis años y medio sin médico”*. Se reconoce como un sujeto capaz de continuar prestando sus servicios si lo dejan *“pues no jodan y no sigan en ese plan”* (MM222:76-78). .

Finaliza su relato reconociendo que logró su objetivo *“ya que no me volvió a molestar con el tema”* (MM222:82). Reconoce su potencialidad como sujeto mediador que hace referencia a su profesión *“y pues yo la verdad es que finalmente me volví bastante neutral”*. (MM222:82-83).

5.1.2.2 Caso 7. De bando a bando, el que necesita tiene

Acerca del contexto.

La situación se ubica en el Magdalena medio Colombiano en un pueblo que quedaba a *“veintipico (sic) de kilómetros por una vereda del aeródromo”* (MM222:89-90) y *“tres meses después”* (MM222:84), de un incidente con un paciente paramilitar,

donde el médico había sido juzgado por los otros actores armados de beneficiar a una de las partes cuestionando su neutralidad.

A mediados de los años 90's esta región está sectorizada de acuerdo a los actores armados. Así, los territorios son divididos por la autopista principal que divide el sector entre la guerrilla y el paramilitarismo. La presencia de la policía como representación del Estado agrega un factor de riesgo. Históricamente se han presentado masacres en la población civil, desapariciones y combates: *“Las autodefensas, habían masacrado a todos los campesinos de los alrededores”* (MM222:7-8).

La narrativa se inicia cuando el médico recibe la solicitud de la juez del pueblo para la atención y transporte de unos guerrilleros capturados, uno de los cuales estaba herido: *“mira, acá acabamos de hacer una captura, hay seis guerrilleros, uno de ellos está herido”* (MM222:85-86).

Dilema.

El médico se encuentra ante dos rumbos de acción: transportar al guerrillero herido y sus acompañantes o no transportarlos.

Ante el DIH es permitido el uso de vehículos de la misión médica para transporte de heridos. En este caso solamente uno de ellos está herido. La expresión *“la que me metió en un lío fue la juez del pueblo”* (MM222:84-85), permite visibilizar que el médico conocía que existe una imposibilidad de transportar personal combatiente en vehículos de la misión médica.

Sin embargo, el argumento expuesto *“No los podemos dejar aquí, no van a dar un brinco”* (MM222:90) indica a través de la expresión *“un brinco”* que los guerrilleros y el herido serían asesinados muy rápido, más rápido que dar un salto, y por lo tanto deben abandonar el lugar y ser protegidos.

Es en este momento en que el médico tiene que tomar una decisión acorde con la obligación que él valore prioritaria para proteger la vida de los capturados. Él reconoce su capacidad personal para afrontar la situación, *“ya que se tiene experiencia: con el tiro en la pierna”* (MM222:87), recordando cuando fue necesario transportar al paramilitar.

Tabla 16. Rumbos de acción posibles y principios que emergen para la toma de decisión

Rumbos de acción posibles	Principios que emergen para la toma de decisión
Transportar al herido y sus acompañantes	Protección a la vida del paciente Cuidado del otro Vulnerabilidad Solidaridad
No transportarlos	Neutralidad Cuidado de sí: Protección de su propia vida

Principios morales que orientan el rumbo en la toma de decisión

La protección de la vida se convierte en prioritaria y, por ello, toma la decisión de transportarlos en la ambulancia “*Los metimos en una ambulancia escoltados por la policía*” (MM222:93-94). La policía se encontraba guiando la caravana; históricamente la superposición de fuerzas del estado y grupos ilegales era frecuente en esta región.

Se visibiliza a través del relato la vulnerabilidad de los sujetos: “*Empezaron a salir motos de estos manes paramilitares, e iba siempre uno manejando y el otro detrás con el galil, y a rodearnos*” (MM222:93-94).

El lenguaje simbólico indica con una expresión técnica “*en plan escaramuza*” (MM222:95) que indica una refriega de poca importancia, un combate breve y no decisivo, la situación tan tensa que se presenta en el recorrido ya que en cualquier momento podría iniciarse un combate. El médico durante el tiempo del transporte siente que existe una provocación de los paramilitares a la policía y amenaza constantemente con iniciar un ajusticiamiento a los guerrilleros y sus acompañantes, en este caso el médico y la juez del pueblo

Los códigos en región de conflicto armado son reiterativos, los paramilitares “*solamente querían que supiéramos que ellos sabían que llevábamos guerrilleros*” (MM222:99-100). Se establecen lenguajes de intimidación y se estructuran patrones de conducta en este caso relacionados con el ejercicio profesional.

El médico, a través de la cuantificación de la distancia kilómetro a kilómetro, da cuenta del tiempo que lentamente transcurría: “*hasta que ya faltando unos dos, tres kilómetros para el aeródromo*” (MM222:98), siente tranquilidad porque la amenaza se retira. Simbólicamente transcurre: “*espantoso, espantoso (...) hasta al final llegamos*” (MM222:97). Una meta alcanzada con vida.

Las consecuencias de su decisión se evidencian cuando expresa “*Me tocó hablar con el jefe (de las autodefensas) que afortunadamente, yo ya había llevado al otro pueblo*” (MM222:93-94). El médico conoce a los diferentes actores armados, dado que los ha atendido previamente, es así como expresa que “*afortunadamente*” ya conoce al sujeto al que debe explicar el motivo de su desplazamiento por la región para atender a otros actores armados. Se entrecruzan entonces las historias, el médico ejemplifica la forma en la que atendió al que ahora reclama por prestar servicios de salud a los del otro bando. Así, recurre a comunicar la neutralidad, igualdad e imparcialidad: “*Usted ya sabe, de bando a bando el que necesite tiene y nada que hacer*” (MM222:103-104). Es perentoria la frase y expresa la decisión de continuar cumpliendo con su deber sin tener en cuenta a qué grupo pertenece.

Tabla 17. Fuerzas narrativas relacionadas con los principios que guían la toma de decisión

Principios	Fuerza narrativa (compromisoria)
Protección de la vida Solidaridad	” No los podemos dejar aquí, no van a dar un brinco”
Cuidado del paciente	“uno de ellos está herido, un tiro en la pierna”
Vulnerabilidad	“Empezaron a salir motos de estos manes paramilitares, e iba siempre uno manejando y el otro detrás con el galil, y a rodearnos, y la policía, claro en plan escaramuza”
Igualdad Imparcialidad	“Ya sabe, de bando a bando, el que necesite tiene y nada que hacer”

5.1.2.3 Caso 8. Puse mis límites

Acerca del contexto.

Se trata de una región del oriente Colombiano con *“conflicto entre cuatro fuerzas, estaba bajo control territorial de fuerzas distintas y en pugna: había ELN predominantemente, FARC, militares y ‘paracos’”* (MF283:97-100).

El acontecimiento transcurre a finales de los años 90 cuando la joven médica empezó *“a trabajar en una zona de conflicto armado por primera vez en el rural”* (MF283:1-2).

El territorio se encuentra fragmentado dentro del pueblo, de acuerdo al conflicto de la región, y existen espacios vetados para cada uno de los miembros de la comunidad.

La médica, simbólicamente, explica el significado de la plaza principal del pueblo que ejemplifica la dualidad de los territorios en el lugar: *“La gente en ese pueblo se dividía entre los que vivían al lado izquierdo de la plaza y los que vivían al lado derecho de la plaza. La tendera vivía al lado izquierdo de la plaza y esa gente era muy confiable, y si uno era amigo de la gente del lado izquierdo de la plaza le iba bien. La gente del lado derecho de la plaza, era gente que era más como de la onda de la alcaldía, entonces con esa gente tocaba tratarse pero con reserva porque ellos no eran bien vistos por los actores armados de ese lugar”* (MF283:131-138).

Con el fin de dar cumplimento a su deber profesional, la médica se da a conocer en el lugar: *“Me presentaba con las autoridades locales y como tantiando (sic) el terreno, tantiando el terreno un poco con las pistas que me había dejado el otro médico”* (MF283:127-129). La expresión *“tantiando, tantiando”* (de tanteo, según la RAE *“Calcular a ojo, a bulto, sin peso ni medida”*) representa el cuidado y la prudencia que debe tener en el momento que establece espacios para ejercer como médica, indica que es necesario ir lentamente, despacio y verificando lo que va presentándose.

Temporalmente, la médica describe que transcurre poco tiempo para que los actores armados se hicieran visibles para ella en el pueblo: *“Como a las tres semanas de que yo estuviera en ese lugar empezaron a bajar personas de los diferentes grupos armados ilegales, porque en esa época había control territorial por la guerrilla, el ejército y los ‘paracos’”* (MF283:150-153).

Dilema.

Los actores armados solicitan tener un encuentro con ella dentro del centro de salud: *“fue en el pueblo y con la (sic) FARC, llegaron el primer día con camuflado y preguntaron por la médica”* (MF283:154-155).

La visita está relacionada con las actividades rurales que estaba la profesional programando: *“dijeron que me querían conocer, que sabían que yo era la médica nueva y que querían conocerme, que habían oído que yo quería salir a trabajar en área rural y que querían hablar conmigo.”* (MF283:158-160).

En este momento se inicia la situación dilemática, ya que la médica debe decidir entre dejar entrar a los actores armados para hablar de las brigadas de salud o no dejarlos entrar. “Yo dije: *«pues que ustedes no pueden entrar a mi centro de salud con camuflados y con armas largas porque esto es una misión médica»*” (MF283:200-203).

Ante esta respuesta recibe otra propuesta con una nueva opción, la de asistir a una reunión fuera del centro de salud: “*Entonces venga usted con nosotros, venga usted con nosotros y hablamos; precisamente vamos a hacer los acuerdos para que usted pueda trabajar o no en el campo y no nos hagamos daño, de una vez habla con el comandante*” (MF283:167-170).

La ambivalencia se hace más notoria dado que su decisión era observada por los demás miembros de la comunidad y otros actores del conflicto: “Yo no sabía quién estaba mirando, pero sabía que me estaban mirando y que eso era como pruebas a ver yo que decía” (MF283:226-228).

Su capacidad para afrontar la situación la atribuye a sus cualidades personales ya que “Tenía mucha intuición y mucho sentido común para hacer trabajo de salud comunitario porque a mí nadie me enseñó eso, nunca, y pues puro sentido común” (MF283:120-122).

Tabla 18. Rumbos de acción posibles y principios que emergen para la toma de decisión

Rumbos de acción posibles	Principios que emergen para la toma de decisión
Permitir la entrada de los combatientes armados al centro de salud	Cuidado de sí
No permitir la entrada de los combatientes uniformados al centro de salud	Autonomía Igualdad Deber profesional Confidencialidad Distinción Prudencia

Principios morales que orientan el rumbo en la toma de decisión

La médica toma la decisión de no permitir la entrada de los combatientes armados al centro de salud. La resolución de la situación se presenta cuando ella establece una distinción en relación con su profesión y los actores armados: *“Eso también tiene que quedar muy claro, porque es que yo soy una médica y ustedes son unos combatientes”* (MF283:198-199).

La médica exige que los guerrilleros no utilicen armas ni uniforme, petición que realiza por igual a cualquier actor del conflicto: *“...pero si ustedes no notan estamos en un centro de salud y ustedes vienen con camuflados y con armas largas y ellos dijeron “¿y ¿qué?””, yo dije: «pues que ustedes no pueden entrar a mi centro de salud con camuflados y con armas largas porque esto es una misión médica»”* (MF283:163-166).

Ante la invitación al campamento, la médica responde con un argumento dirigido hacia la diferencia que existe entre el ejercicio de la medicina y el combatiente del grupo armado: *“Así como ustedes no pueden meterse en mi centro de salud con sus armas y*

con sus camuflados, yo no me puedo meter en sus sitios de vivienda, en sus campamentos, porque entonces dejaría de ser misión médica neutral. Con todo gusto hablamos aquí adentro, ustedes sin camuflados y sin armas largas, o yo afuera, pero no en su campamento” (MF283:200-206). Ella establece límites claros entre el territorio médico y el territorio guerrillero, confirmando su derecho de autonomía en relación con la labor médica.

La profesional reconoce que existen conflictos que pueden resolverse con el diálogo y los acuerdos, en este caso, a pesar de que existe la intimidación de un actor armado, se observa la capacidad de argumentación y decisión por parte de ella en la defensa de la misión médica: *“Obvio, obvio siempre hay una pugna, siempre hay una pugna, entonces ellos trataban de decir y tal pero yo nada, yo tranquila y puse mis límites”* (MF283:208-210).

Teniendo en cuenta la situación de conflicto de la región la prudencia y confidencialidad que maneja la narradora al manejar lo que atañe a su labor en el área rural se resume en esta expresión: *“y así mucha gente trató de tirarme la lengua, y yo nada porque yo también sabía que eso era un mensaje que había que mandar”* (MF283:223-225). Incluso a las personas les tenía que contestar *“Nada, son cosas que a usted no le incumben”* (MF283:223).

Sobresale en esta narración el convencimiento en la labor que quiere desarrollar la profesional en relación con la atención de la comunidad desprotegida del área rural inmersa en el conflicto armado: *“Si quiero atender gente en el campo, me toca hacer redes acá. Entonces comencé a conocer a la gente. Iba y visitaba a los maestros. Les preguntaba: «¿De dónde venían los niños?, ¿En qué veredas de pronto habían más o menos enfermedades?, ¿cómo pasaban?»”* (MF283:123-126). Claramente la noción de cuidado hacia el otro la lleva a negociar y establecer reglas de convivencia con los actores del conflicto.

Tabla 19. Fuerzas narrativas relacionadas con los principios que guían la toma de decisión

Principios	Fuerza narrativa (compromisoria)
Neutralidad	<i>”Ustedes no pueden meterse en mi centro de salud con sus armas y con sus camuflados, yo no me puedo meter en sus sitios de vivienda, en sus campamentos, porque entonces dejaría de ser misión médica neutral” (MF283:200-203).</i>
Principio de distinción	<i>“Yo soy una médica y ustedes son unos combatientes” (MF283:199).</i>
Deber profesional Cuidado del otro	<i>“Iba y visitaba a los maestros. Les preguntaba: «¿De dónde venían los niños?, ¿En qué veredas de pronto habían más o menos enfermedades?, ¿cómo pasaban?»” (MF283:123-126).</i>
Confidencialidad	<i>“Nada, son cosas que a usted no le incumben” (MF283:223).</i>
Negociación	<i>“Yo sí quiero hablar con ustedes para que hagamos acuerdos” (MF283:176-177).</i>
Prudencia	<i>“Yo no puedo hablar con ustedes más de diez minutos aquí porque no tengo ni idea de cómo todos los que me están mirando están interpretando que yo hable más de diez minutos con unos combatientes armados” (MF283:182-184).</i>
Autonomía	<i>“Ellos trataban de decir y tal pero yo nada, yo tranquila y puse mis límites y dije es esto” (MF283:209-210).</i>

5.1.2.4 Caso 9. Sale ya con nosotros

Acerca del contexto.

La narrativa sucede en el Magdalena Medio, región de Colombia considerada históricamente como sede de conflicto armado desde los años 80's. Debido a la presencia del río Magdalena y la fertilidad de los suelos es una región valiosa para los grupos armados.

Esta región había sido del ELN y fue retomada por los paramilitares: *“Dos años atrás habían entrado las autodefensas allí, habían sacado todos los guerrilleros del ELN que estaban en la región”* (MM222:4-6). Existe una pugna por el territorio y la presencia de diferentes grupos de combatientes ilegales establece una condición propia para el ejercicio profesional del médico e impedía la libre movilización: *“Un pedazo de la autopista estaba en manos del ELN”* (MM222:32).

La narrativa hace referencia a un episodio del médico con un paciente que sufrió un accidente en una moto. El señor era el jefe de las autodefensas de la región y no lo llevan al centro de salud porque existen territorios para cada una de las fuerzas de la región: *“Y un día el comandante de las autodefensas iba en una motocicleta, no me acuerdo para donde, por una vereda, y el tipo se accidentó en la moto, se fracturó la tibia y se dislocó el hombro y me lo llevaron en una camioneta, no hasta el puesto de salud porque ellos no se podían mover de determinada región”* (MM222:9-13).

El médico, simbólicamente, se refiere a un lugar estratégico para referirse al sitio donde tenía que ir a atender a los pacientes pertenecientes al grupo de las autodefensas: *“Me lo ponían en un lugar estratégico”* (MM222:13). De esta forma indica que existen sitios vetados para los pacientes que impiden su acceso a la atención en salud. Este lugar adquiere el significado de “puesto de salud” en la narrativa y permite vislumbrar códigos de comunicación entre los actores armados y el profesional. Espacialmente corresponde donde se entrecruzan los territorios *“era una vereda cercana, por donde pasaban diferentes vías veredales”* (MM222:14-15).

Dilema.

En la práctica, el médico está en la obligación de desplazarse hasta un lugar cuando existe una urgencia inminente que compromete la vida de un paciente o de una

población. Existen lineamientos por parte del derecho internacional humanitario que indican que debe ser acompañado por un equipo y coordinado por el nivel central del departamento o municipio. Además, el primer punto en los protocolos de atención de trauma exige que se verifique la seguridad del área. En este caso no se cumplen ninguna de las premisas anteriores.

El dilema es acudir a atender el paciente en el lugar indicado o defender el derecho de atención en el hospital. Los rumbos de acción marcan opciones diferentes que son contempladas rápidamente por el médico y, ante las presiones externas, son resueltas favoreciendo la opción de los otros. En este momento se evidencia la subordinación del médico ante el miedo y la intimidación de los actores armados, ya que su decisión no es tomada libremente.

La atención del paciente era exigida e impuesta por la vía de la violencia, el médico lo expresa a través de la frase: *“Las invitaciones de esa gente eran perentorias”* (MM222:16-17). Es decir no se tenía elección, era urgente y definitivo, significaba ir o enfrentar la muerte. Desde la perspectiva del derecho internacional humanitario este acto constituye una falta a la misión médica.

En su narrativa, el médico no es capaz de nombrar que era amenazado de muerte y utiliza una figura onomatopéyica que hace alusión al hecho: *“Deje lo que esté haciendo y usted sale ya con nosotros, porque pasa lo que pasa, tal cosa, ‘pum’”* (MM222:18-19). “Ese pasa lo que pasa”, indica una consecuencia en caso de no salir con los actores armados, ya que negarse es interpretado como una acción de guerra contra el grupo ilegal. En este caso, existe una pérdida de la autonomía del médico, que no tiene capacidad de decisión voluntaria y libre. La única opción que le queda es asistir: *“Entonces yo tuve que ir en la moto, del puesto de salud hasta allí”* (MM222:16). La expresión “tuve que ir” refleja que no fue por elección propia, esta decisión es motivada por la intimidación, el miedo y la hostilidad.

Tabla 20. Rumbos de acción posibles y principios que emergen para la toma de decisión

Rumbos de acción posibles	Principios que emergen para la toma de decisión
Atender al paciente fuera del centro de salud	Deber profesional Subordinación
No atender al paciente hasta que lo traigan al centro de salud	Autonomía del médico Integridad propia

Principios morales que orientan el rumbo en la toma de decisión

Al analizar el nivel contextual de la narrativa, en relación con los principios que guían el rumbo de la acción, se identifica la violación de autonomía del médico. Lo que prevalece en la elección sería la intimidación, el miedo, la hostilidad, la vulnerabilidad y la preservación de la integridad. La decisión es tomada por los paramilitares a través de la fuerza y la intimidación. Sin embargo, a pesar de esta circunstancia, el deber profesional se evidencia en el momento en que se da la atención al herido según los protocolos de manejo y lo remite a un centro de salud para que reciba atención.

Cuando narra el encuentro con el paciente, el profesional de la salud confirma que realmente lo llevan a atender un herido. En sus palabras él dice: *“efectivamente estaba el tipo tirado allá en la camioneta en esa vereda”* (MM222:20-21). El médico hasta ese momento sabe que le han dicho la verdad. Se han reportado casos de profesionales de la salud que son engañados y desaparecidos por los actores armados con argumentos similares.

El profesional recupera parte de su autonomía al examinar el paciente y realizar un diagnóstico que requiere un procedimiento inicial *“el tipo con la pata mirando pa’ (sic) un lado, con los dedos luxados, yo dije: «mire vamos es a reducirle eso»”*

(MM222:22-23). A pesar de las circunstancias, el profesional de la salud realiza el protocolo de atención acorde con el diagnóstico del paciente, es decir cumple con su deber médico y con la obligación de atender al que lo requiere. Para realizar una reducción de hombro, se debe realizar un procedimiento que consiste en la tracción y rotación del brazo comprometido; en el momento de hacerlo, el paciente y sus acompañantes piensan que se trata de una agresión. Esto lo describe como: *“cuando le hice la reducción del hombro, que le tuve que poner la rodilla en el pecho y jalarle así, el tipo pues grito durísimo, se medio mareó y los subalternos me encañonaron y me... me costó caro explicarles que, que así se reducía el hombro, que yo no lo estaba torturando”* (MM222:26-29).

El cumplimiento del deber profesional como principio prevalece durante toda la narrativa. El médico atiende al paciente siguiendo los protocolos correspondientes al diagnóstico dado y remitiéndolo a un lugar donde tienen todos los insumos para completar el tratamiento: *“Nos embarcamos de viaje con el hombre para un centro de salud”* (MM222:30).

Después de que el profesional realizó la estabilización y abordaje inicial del paciente paramilitar, valora que debe remitirlo a una institución hospitalaria para que le realicen un procedimiento. La remisión y transporte debe realizarla él mismo, en la camioneta que se encontraba el paciente. Por lo tanto se desplazaron sin seguir los protocolos que indican el uso de una ambulancia: *“Horrible porque era la ambulancia, bueno la ambulancia no, la camioneta esta que tenían de ambulancia, y dos jeeps más llenos de gente con armas por caminos veredales que alargaron el viaje”* (MM222:37-39). Esta situación es acompañada de un sentimiento de miedo ante su propia vulnerabilidad y subordinación.

Subjetivamente el tiempo es vivido por el médico como el más largo de su vida, en condiciones que atentan contra su seguridad teniendo en cuenta que *“El viaje que era de tres horas hasta allá por la autopista pues era como de ocho por entre veredas controladas por ellos. Salimos como a las tres de la tarde y llegamos a la media noche allá. Cada puente, cada cruce, cada paso veredal, cada cosa de esas, era estratégicamente vigilado, porque en cualquier momento se te armaba el combate”* (MM222:39-43).

Al otro día, cuando ya el paciente está en el hospital el médico dice *“Finalmente me pude devolver por la autopista común y corriente”* (MM222:44). Esa corta frase permite visibilizar la recuperación de su potencialidad como sujeto dueño de la acción, que pudo tomar la decisión libre de devolverse.

Tabla 21. Fuerzas narrativas relacionadas con los principios que guían la toma de decisión

Principios	Fuerza narrativa (compromisoria)
Subordinación	<i>“Deje lo que esté haciendo y Ud. sale ya con nosotros, porque pasa lo que pasa, tal cosa pum”</i> (MM222:18-19).
Deber profesional Igualdad	<i>“Nos embarcamos de viaje con el hombre para un centro de salud”</i> (MM222:30).
Cuidado de sí	<i>“y me, me costó caro explicarles que, que así se reducía el hombro, que yo no lo estaba torturando”</i> (MM222:44).

5.1.2.5 Caso 10. Se metieron y me tocóirme

Acerca del contexto.

El relato sucedió en la región sur oriental de Colombia a finales de la década de 1990. Se presenta en un pueblo que era territorio del ELN y ante la llegada del Ejército Colombiano.

Esta situación desestabilizaba a la población civil, ya que las personas que fueran vistas en contacto con un actor armado diferente al que dominaba la región era considerado como traidor: *“Después de que se fue el ejército fue súper tenaz, porque bajaron los elenos (sic) y empezaron la matazón. Fue horrible; no entendían que si llegaba el ejército la gente no se podía dejar matar cerrándoles las tiendas, ¿sí?*

Entonces por eso mataron gente: por venderle comida a los a los soldados” (MF348:322-328).

La profesional expresa su desacuerdo con lo que sucede a los habitantes de la región, considerando injusto que esto se presente: *“Qué culpa tenían los campesinos, ¿sí? Ellos hacen como hacen en sus territorios, ellos exigen lealtad absoluta de la población y el que no tenga lealtad lo van bajando”* (MF348:330-334).

Dilema.

Sucedió en la madrugada de un día en que la médica se encontraba en su habitación en el centro de salud: *“Empiezo yo a oír ruidos, pasos, hombres y yo: —«hp (sic)... estos hp se me metieron al chuzo. ¿Yo qué hago?».* Entonces me bañé y me vestí y abrí la ventana; pues los hp soldados se apoderaron de mi centro de salud con todo y mi casa adentro” (MF348:161-163). El espacio destinado a la atención médica es considerado neutral como misión médica y por lo tanto debe ser respetado por todos los actores armados. En el contexto es necesario resaltar el impacto que puede tener en la comunidad ver el centro de salud identificado con un actor del conflicto armado, dado los antecedentes de asesinatos en relación a los contactos con los diferentes actores.

El espacio de la intimidad de la médica fue invadido e irrespetado también: *“Se metieron por lo menos como cincuenta soldados a mi casa. Yo tenía un lavaderito pero que era un sitio enano; tenían camuflados colgados de mis cuerdas de la ropa, soldados lavando ropa con mi jabón. Yo tenía una hamaquita afuera y abro la puerta y el comandante acostado en mi hamaca”* (MF348:171-178). Situación que es narrada por la médica, demostrando indefensión y desacuerdo.

Finalmente ante todo este panorama la médica vuelve a expresar en la narrativa la situación dilemática *“Yo le dije: «bueno pues, a ver, ¿qué hacemos?»”* (MF348:208). Las opciones eran quedarse y dejar entrar a los soldados o irse del centro de salud, proteger los insumos y seguir atendiendo a los pacientes.

Tabla 22. Rumbos de acción posibles y principios que emergen para la toma de decisión

Rumbos de acción posibles	Principios que emergen para la toma de decisión
Dejar entrar a los soldados y quedarse en el centro de salud, entregarles los registros	Vulnerabilidad Subordinación
Irse del centro de salud, proteger insumos y registros, seguir atendiendo pacientes	Integridad del médico Cuidado de si Autonomía Deber profesional Confidencialidad Prudencia Cuidado del otro: Protección de los recursos de la población Lealtad

Principios morales que orientan el rumbo en la toma de decisión

Se visibiliza el cuidado entre el equipo de trabajo, al respecto la enfermera expresa la fragilidad a la que estaban expuestas: “*«Y yo sufrí mucho», me decía, «pensando que Ud. estaba sola en su cuarto y que le iban a hacer algo». Pero yo dije: «no, la médica no es boba, esa se sabe defender. Además todo el mundo está mirando, porque ya es de día»*” (MF348:180-184). Emerge la importancia de la comunidad y el cuidado colectivo, en este caso “*además todo el mundo está mirando*”, es una forma de establecer control comunitario y justicia ante las acciones de los actores armados, en este caso el ejército.

Estaban además “*Con armas, sentados en mis sillas. Abrieron la nevera de las vacunas y estaban guardando leche o yo no sé qué p... entre mi nevera de vacunas,*

sentados en la sala de espera (MF348:180-184). La expresión “*entre mi nevera de vacunas*”, indica un sentido de propiedad y defensa del recurso médico de la población como si fuera lo propio, es decir, el cuidado se extiende más allá del paciente e incluye aquellos insumos que benefician al colectivo.

El personal de salud, en este caso la enfermera, considera parte de su deber profesional defender el territorio del centro de salud y se siente mal por lo sucedido: “*me dijo: «médica, no fue culpa mía, yo llegué esta mañana y abrí el centro de salud y lo tenían preparado porque apenas abrí la puerta salieron de yo no sé donde e invadieron esto»*” (MF348:191-193).

El trabajo como equipo de salud se convierte en una solución “*«Hagamos una cosa, ya que usted tuvo el tino de meterse en la farmacia, vámonos de brigada. Entonces empaquemos unas cositas; no hemos hecho los seguimientos de los programas de salud pública, tenemos las personas de lepra, unas maternas de alto riesgo y allá casi no se podía hacer trabajo rural»*. Entonces allá no se salía a todas las veredas sino que se salía a ver los pacientes de los programas” (MF348:211-220). Asistir a una brigada de salud es la opción elegida por las profesionales ante la situación de violación a la seguridad del centro de salud y ante el riesgo de su integridad. A través del cumplimiento de una actividad propia de la profesión se da una alternativa que permitirá continuar con sus objetivos y su labor en la región.

Sin embargo, antes de marcharse del lugar llama la atención la importancia para ellas de la defensa del espacio de atención médica, tratando hasta el último momento de resguardar y proteger al máximo los recursos de salud de la población: “*Si hay gente entre los consultorios le decimos que salgan por favor un momento y en la medida en que yo los saco usted cierra con llave. Y apenas crucemos la puerta, usted cierra con llave. No decimos una palabra más, no hablamos con nadie y nos vamos caminando. No tuvimos tiempo de conseguir mula pero no es la primera vez que hacemos brigada a pie usted y yo*” (MF348:252-257).

La autonomía, firmeza y decisión de la profesional permite que decididamente abandone el lugar para continuar con el cumplimiento de sus tareas y al mismo tiempo defienda la confidencialidad de la información de sus pacientes, un acto de lealtad hacia

ellos y hacia su profesión: “*Apenas comenzamos a salir, se lanzó el comandante ese. Empezó a preguntar que para donde iba yo contesté: «señor, yo no entiendo de qué me está hablando usted, me voy a ir a ver mis pacientes». «Déjeme ver cuáles pacientes», me dijo. «No señor, qué pena pero esos son registros médicos. Hasta luego»*” (MF348:271-280).

Finalmente aparece la imagen de desplazamiento en el *equipo*: “*Nosotros caminamos y nos fuimos. Nos estuvimos ocho días en el área rural de un lado para otro*” (MF348:290-292). La expresión “*de un lado para otro*” representa para el médico no tener un lugar propio para el descanso ni la atención en salud. Los ocho días recordados con precisión por la profesional visibilizan que se encontraba contando el tiempo para regresar.

Tabla 23. Fuerzas narrativas relacionadas con los principios que guían la toma de decisión

Principios	Fuerza narrativa (compromisoria)
Confidencialidad Integridad del médico Lealtad	“«Me voy a ir a ver mis pacientes». «Déjeme ver cuáles pacientes», me dijo. «No señor, qué pena pero esos son registros médicos. Hasta luego»” (MF348:279-280)
Autonomía Cuidado de sí Prudencia	“...pues me toca irme... empaqué todo como para irme muchos días al área rural, allá mi salvadora era el área rural, alrededor de todo el mundo” (MF348:164-166)
Deber profesional	“Médica, no fue culpa mía, yo llegué esta mañana y abrí el centro de salud y eh... lo tenían preparado

	porque apenas abrí la puerta salieron de yo no sé donde e invadieron esto” (MF348:191).
Cuidado de sí	“«Y yo sufrí mucho»... me decía, «pensando que usted. estaba sola en su cuarto y que le iban a hacer algo» (MF348:191).
Cuidado del otro: Protección de los recursos de la población	“Y apenas cruzamos la puerta usted cierra con llave.” (MF348:254)

5.1.3 Situación dilemática 3. Ser médico: el protocolo o el cuidado del otro

Esta agrupación de situaciones dilemáticas contiene cinco casos que configuran rumbos de acción contradictorios para el médico, en relación a que, en el proceso de toma de decisión, se contraponen situaciones que se relacionan con el cumplimiento de los lineamientos estandarizados de atención para determinados eventos (protocolos), como son el cumplimiento del deber profesional y el cuidado del otro. Es decir, que a través de este estudio se puede evidenciar que no necesariamente al cumplir con los protocolos se está incluyendo el cuidado del otro u otros.

En esta categoría se encontraron los siguientes casos:

Tabla 24. Situación dilemática 3: Casos identificados

aso	Titulo
1	El “Killer” o el paciente
2	Entre la espada y la pared
3	Mentir o salvar la vida
4	Enfermos o Combatientes
5	El Protocolo de seguridad o la atención médica

La práctica médica generalmente conlleva el cumplimiento de estándares creados para ser desarrollados en espacios institucionales con condiciones de seguridad para los prestadores de servicios médicos y para los pacientes. Por lo tanto, no se contemplan aquellas circunstancias donde existe más de una alternativa o donde seguir o no esos protocolos implica una contradicción a principios relacionados con la vida misma.

A continuación se presentará el hallazgo de casos relacionados.

5.1.3.1 Caso 11. El “Killer” o el paciente

Acerca del contexto.

La profesional es una médica joven que se encuentra realizando su año rural de práctica en la región norte de la Orinoquía colombiana a principios de los años 90’s. El espacio geográfico corresponde a un pueblo reconocido por ser epicentro de lucha entre dos grupos guerrilleros que se disputaban constantemente la región, las FARC y el ELN: *“Los de ELN se paseaban por todos lados con arma larga, claro que no estaban*

todo el tiempo ahí, ese era un pueblo fariano (sic). Entonces entraban cuando había habido combates porque a pesar de que había coordinadora guerrillera, esa zona estaba en disputa y había combates entre farianos y elenos” (MF337:1-5).

En esta situación era reconocido el riesgo para la población civil y también para la médica: *“Entonces cuando llegaban (el ELN) era porque había habido combates y ellos habían ganado control del casco. Entonces estaban como puntualmente. En algún momento mataban gente, luego había otra pugna y llegaban los farianos” (MF337:6-7).* En este contexto prestar el servicio médico a cualquier actor armado podría ser interpretado como favorecimiento a uno de los grupos e implicaba riesgo para la seguridad del médico, a pesar de que el código de ética y el derecho internacional humanitario especifica que el médico debe prestar su servicio profesional sin distinción de actores con el fin de favorecer la imparcialidad y neutralidad.

Para los médicos de región rural el espacio de su vida privada está ligado a su labor profesional y en el centro de salud se ubica también su vivienda. La médica, en este caso, se encuentra en el centro de salud que: *“Allá era una casita de lata chiquitica, mi camastro era para un lado y era de esos de los que había regalado la asociación de cafeteros que eran como una caseta, como un CAI de lata, ¿sí? Para un lado era una camita y para el otro lado un consultorio” (MF337:14-17).*

Según la normativa vigente para atención en salud, ésta se debe prestar cuando existe una urgencia inminente para la vida que lleve a consultar al paciente. En este caso, la situación se presenta en la noche: *“Estaba yo en el centro de salud durmiendo y golpearon y era un eleno sin arma larga que dijo «médica, necesito venir a una consulta». Yo le pregunté: «¿es una urgencia?». Él respondió que «sí señora es una urgencia»” (MF337:9-13).* Así se inicia el proceso de atención por parte de la profesional ante la manifestación de necesidad del otro.

Dilema.

El motivo de consulta del paciente hace referencia a que tiene pesadillas, no puede dormir, se sueña con cadáveres, está ansioso y esto le afecta mucho el trabajo. La médica narra: *“Yo le pregunté: «bueno, y ¿cuál es su trabajo?», y él me dijo: «yo soy el killer». Entonces dije: «explíqueme, ¿eso qué es?». «Pues a ver médica, cómo le digo...*

yo soy pues el killer... yo soy el que ajusticia....». Y yo pensé, «mierda, éste es el matador, el matador de los cadáveres»” (MF337:29-39).

En ese momento la profesional valora el riesgo de la situación y expresa la contradicción entre enfrentarse al otro como paciente o como el que ajusticiaba a los otros miembros de la comunidad: *“Él era el que ajusticiaba, él era el que ajusticiaba los otros”* (MF337:31). Sin embargo, es consciente que estar en la región implicaba asumir situaciones de riesgo en la labor profesional: *“Yo corría los riesgos, pero el tipo no fue amenazante, o sea, el tipo genuinamente tenía un estrés postraumático y el tipo genuinamente iba porque de verdad estaba malo, ¿sí? Entonces pensé: «pues es un paciente, atenderlo como un paciente»”* (MF337:41-45).

Se observa que la decisión es atender al paciente, prestar el servicio profesional. Actuar con imparcialidad ya que se trata de un ser humano que padece, el deber del médico con el que sufre un dolor en el cuerpo o en el espíritu que implica cuidado. Reconoce en sí misma la capacidad de atenderlo: *“Como me gustaba atender a la gente, además de hacerle tratamiento me puse a acordarme cómo era la medicación”* (MF337:84-85).

Tabla 25. Rumbos de acción posibles y principios que emergen para la toma de decisión

Rumbos de acción posibles	Principios que emergen para la toma de decisión
Atender al paciente	Deber profesional Imparcialidad Igualdad Cuidado del otro
No atender al “Killer”	Parcialidad Cuidado de si mismo Seguridad

Principios morales que orientan el rumbo en la toma de decisión

La dualidad en relación con la prestación de la ayuda profesional al paciente se representa en un sentimiento de ambivalencia entre el rechazo al riesgo de la muerte de los ajusticiados y la enfermedad del justiciero. En este caso, el cuidado de los otros que pueden ser sometidos por la persona que llega a la consulta. La médica establece unos lineamientos relacionados con los fines de su profesión en relación con prestar el servicio a quien lo necesita y emerge el principio deber profesional: *“¡Ay no!...eso era complicado. Yo me sentía muy mal. Pero el tipo de verdad se sentía mal, le aseguro que sí, estaba enfermo. Y con el tipo la relación era estrictamente profesional”* (MF337:81-83).

En estas condiciones la médica está atendiendo a cada persona que lo requiere independientemente de su condición y participación en el conflicto, emergiendo la imparcialidad e igualdad: *“Mi tarea se complejizó todavía más porque, cada vez que había un ajusticiamiento, yo era sanadora de vivos encima de los muertos de día y en las noches, uno o dos días después, aparecía el señor este a que yo le hiciera psicoterapia... entonces yo tenía que atender a los matados y al matador”* (MF337:58-62). A través de las imágenes: *“Yo era sanadora de vivos”* y *“tenía que atender a los matados y al matador”*, narra la forma en que se apropia con incertidumbre de la situación, sanar a los vivos representa el seguimiento que da a los familiares de las víctimas, al ajusticiado y al victimario.

Tabla 26. Fuerzas narrativas relacionadas con los principios que guían la toma de decisión

Principios	Fuerza narrativa (compromisoria)
Imparcialidad	<i>“Entonces yo tenía que atender a los matados y al matador” (MF337:62).</i>
Deber profesional	<i>“¡Ay no!...eso era complicado. Yo me sentía muy mal. Pero el tipo de verdad se sentía mal, le aseguro que íi, estaba enfermo. Y con el tipo la relación era estrictamente profesional.” (MF337:81-83).</i>
Igualdad Cuidado	<i>“Como me gustaba atender a la gente entonces además de hacerle tratamiento entonces me puse a acordarme como era la medicación. Entonces discutimos la medicación con él” (MF337:84-87).</i>

En relación con el proceso de tratamiento, se observa que existe igualdad en relación con los protocolos a seguir en el caso. Se hace partícipe al paciente, se presentan opciones de tratamiento con el fin de que exista autonomía y autodeterminación para el paciente en las decisiones correspondientes al diagnóstico que padece.

Este caso representa el impacto del conflicto armado en Colombia sobre los profesionales de la salud y sobre los actores armados. En relación a los profesionales, ejemplifica la ambivalencia en la práctica clínica al recibir a un paciente que no presenta una enfermedad corporal sino mental, y que además es un combatiente fuera del consultorio. Generalmente es clara la necesidad de atención de urgencia para un herido cuando compromete su vida física, pero ante un trauma de tipo mental la distinción es más compleja. Respecto a los actores armados, se visibiliza el impacto

emocional sobre las acciones que realizan, es decir, en este caso el hecho de ser el que injusticia, genera un impacto tan grande que es la causa de una enfermedad mental llamada estrés postraumático.

5.1.3.2 Caso 12. Entre la espada y la pared.

Acerca del contexto.

El caso se desarrolla en la Orinoquía Colombiana una región conflictiva dada la riqueza en recursos naturales especialmente el petróleo. *“La zona donde yo estaba era dominada por tres líneas diferentes de la guerrilla: una línea de las FARC, una línea del ELN y una línea disidencia del ELN. Aparte de eso a veces, a veces, había incursiones de paramilitares y a veces había incursiones del ejército”* (MM 274:6-9).

El contexto es similar a otros casos que se han tratado hasta ahora, el desarrollo de las actividades de salud está entrecruzado por los diferentes intereses de los actores armados. Además, la región no contaba con vías de comunicación y está alejada de la región central: *“Cuando llegué, el sitio más cercano quedaba a diez horas y la capital del departamento quedaba más o menos a doce horas”* (MM 274:12-13)

El médico reconoce la situación de la población con abandono estatal, aislamiento y necesidades sociales: *“Entonces había una situación compleja para una población muy pequeña y aislada de alguna manera por el gobierno, el gobierno nacional, y aislada incluso geográficamente”* (MM 274:10-12).

Cronológicamente el tiempo que trabajó el profesional en la región fue largo: *“Duré tres años de rural, por muchas circunstancias, en una zona re roja”* (MM 274:1-2). Utiliza el superlativo “re roja”, para hacer énfasis en la violencia de la región. Es necesario recordar que en aquella época existía una clasificación de departamentos según el grado de violencia y eran identificados como rojos los que tenían alto conflicto armado.

Al narrar reconoce que para sí mismo *“Hay un hecho fundamental que... que en parte marcó mucho de lo que de lo que viví allá”* (MM 274:16). Visibiliza que el

trabajo médico durante el conflicto deja huellas en los profesionales, quienes entrelazan su labor con su intimidad.

Temporalmente identifica el día de la semana y las actividades que estaban realizando: *“Estábamos un sábado, generalmente el sábado lo tomábamos como día de descanso los trabajadores del centro de salud. Estábamos jugando un partido de futbol”* (MM 274:17-19). La implicación para el médico como sujeto que narra, compromete con detalle la memoria del suceso.

El hecho de que vayan a recogerlo en el lugar de descanso evidencia que el médico dentro del conflicto armado cumple un importante rol para los diferentes actores que va más allá de sus lineamientos clínicos y protocolos, es decir, representa la atención en salud, que en medio de un conflicto armado significa vida y mayor oportunidad ante el enemigo: *“una camioneta con gente armada me vino a buscar, eran guerrilleros de uno de las de los frentes guerrilleros, esa gente me recogió y me dijo que me necesitaban, porque necesitaban que hiciera un dictamen”* (MM 274:24-27).

Se visibiliza falta de autonomía para el médico, que utiliza la expresión *“me llevaron”*, en donde en ningún momento se narra él como dueño de la situación: *“Ellos me llevaron en su vehículo, más o menos estaba como a una distancia de hora y media”* (MM 274:30-31).

Dilema.

El dilema se presenta cuando el médico piensa que va a atender un paciente pero se trata de una niña víctima de abuso sexual para la que exigen el dictamen *“Yo pensé que me iba a atender un paciente convencional, pues yo estaba casi con todo el equipo del centro de salud excepto la enfermera que generalmente se quedaba, llegamos al sitio, y ellos lo que querían saber era si una niña que estaba en ese momento en el centro de salud había sido víctima de abuso sexual.”* (MM 274:28-30)

En este momento el profesional evidencia la duda ante las posibilidades que se presentan atender a la niña y dar el dictamen o no atenderla. Da a entender que en la formación recibida en la universidad no se enseñan estos protocolos: *¿Y uno qué hace?*

En el entrenamiento que uno hace pues, ¿yo qué pensaba que podrían necesitar los guerrilleros? (MM 274:34-35).

Tabla 27. Rumbos de acción posibles y principios que emergen para la toma de decisión

Rumbos de acción posibles	Principios que emergen para la toma de decisión
Hacer la atención de la niña y dar el dictamen intimidado	Deber profesional Integridad Imparcialidad Vulnerabilidad del médico Subordinación
No atenderla, no dar el dictamen intimidado	Defensa de la vida Neutralidad Autonomía

Principios morales que orientan el rumbo en la toma de decisión

El médico resuelve su situación y decide atender y dar apoyo a la niña: *“Hice la atención de la niña, incluso con el apoyo psicosocial. Yo hice el examen ginecológico y efectivamente la niña había sido víctima de abuso sexual con acceso carnal”* (MM 274:38-41).

Al mismo tiempo reconoce subordinación y vulnerabilidad al no poder negarse a la solicitud: *“Yo pensaba que iban a necesitar exactamente lo mismo que pudiera necesitar cualquier autoridad, porque de alguna manera no podía negar que ellos fueran autoridad allá y no me podía negar a hacer ese tipo de actividades”* (MM 274:36-38).

El médico realizó el protocolo de atención correspondiente y *“emití un concepto médico legal como lo hubiera emitido a cualquier otra autoridad y se lo entregué en ese momento al comandante que estaba incluso en el municipio* (MM 274:42-44). La

expresión “*eso era de noche ya*” (MM 274:45) describe el tiempo que ha transcurrido desde el inicio del evento, que para él fue muy largo. Al mismo tiempo, lo relaciona con lo que está sucediendo afuera, su dictamen era esperado por todo el pueblo, su ejercicio clínico va más allá y compromete a la sociedad civil como colectivo: “*Yo no me había dado cuenta que la gente se había ido aglomerando alrededor del centro de salud, no exactamente en el centro de salud, sino al frente, había un parque pequeño en el cual llegaba y llegaba gente y estaba reunida la comunidad*” (MM 274:46-49)

Al entregar el concepto se evidencia que existen códigos paralelos y protocolos por parte de los actores armados relacionados con la violación como delito: “*Uno de los comandantes de escuadra le estaba diciendo a la población lo que había sucedido y que había como seis delitos que merecían la muerte o la pena de muerte, uno de ellos era la violación*” (MM 274:60-62).

Por lo tanto evidencia que su examen clínico y el protocolo médico que acaba de cumplir se iba a utilizar como una prueba para ajusticiar a un ser humano: “*Yo lo que no estaba percibiendo era que en ese momento, yo estaba entregando una sentencia de muerte sin darme cuenta.* (MM 274:58-59). Su integridad ha sido comprometida y otra persona había sido condenada “*El caso fue que en ese momento trajeron al “violador” (comillas), en el parque del pueblo y le leyeron la condena. Que había sido condenado a muerte*” (MM 274:68-70)

A continuación el médico narra la situación siguiente donde denota la impotencia relacionada con el ajusticiamiento que presencia: “*El violador se alcanza a desprender de los brazos de la gente que lo estaba asegurando, sale corriendo, los guerrilleros salen detrás de él y le disparan. Le disparan por la espalda, la persona cae al piso. Salimos corriendo el cura y yo, el cura llegó primero que yo, porque salió primero, el cura se dio cuenta que las heridas, las heridas eran mortales y empezó a darle los santos óleos.* (MM 274:70-75)

Aun así, acude para reanimar y atender al sujeto pero es detenido por la guerrilla y el herido es rematado, se identifica así el cumplimiento del deber y la defensa de la vida: “*Yo alcancé a ver qué era lo que estaba pasando, pero pues ya era muy tarde porque les dije en el momento que lo estaba atendiendo, les dije que todavía había algo para hacer, me retiraron y lo remataron delante de nosotros, de hecho después de que*

le hice la necropsia, si, la persona la hubiera levantado, hubiera podido, tenido, una oportunidad de vivir (MM 274:76-80)

El médico concluye que en caso de conocer las reglas que están fuera de los protocolos médicos probablemente hubiera podido cambiar su decisión: *“A veces me pregunto lo que hubiera pasado si yo hubiera conocido el código, yo hubiera podido falsear la información y haber dicho que no había pasado nada o de pronto lo habría hecho con más ganas sabiendo que había violado una niña. No lo sé, eso no lo podría saber, pero creo que sí hubiera cambiado en parte mi decisión, sea para un lado o para el otro y así consecutivamente en toda la experiencia es, siempre me fui sintiendo entre la espada y la pared” (MM 274:90-96).*

A nivel personal el impacto lo lleva a reconstruir los conceptos enseñados en la universidad para ejercer la medicina: *“Entonces de alguna manera las concepciones sobre la vida y la muerte cambiaron un poco, porque era enfrentarme a ver un hecho en carne viva con todas las connotaciones que tenía estar ahí, haber sido participe del proceso, por ignorancia, porque muchas veces los códigos, los códigos de ley que no son códigos de ley aceptados, son códigos que existen y yo no los conocía” (MM 274:84-89).*

Tabla 28. Fuerzas narrativas relacionadas con los principios que guían la toma de decisión

Principios	Fuerza narrativa (compromisoria)
Deber profesional	<i>“Hice la atención de la niña,...incluso con el apoyo sicosocial.” (MM 274:36-38)</i>
Vulnerabilidad del médico	<i>“cuando de pronto una camioneta con gente armada me vino a buscar, eran guerrilleros de uno de las de los frentes guerrilleros que mencioné antes, esa gente me recogió” (MM 274:24-27)</i>

Igualdad Imparcialidad	“Yo emití un concepto médico legal como lo hubiera emitido a cualquier otra autoridad” (MM 274:42-44)
Subordinación	“Porque de alguna manera no podía negar que ellos fueran autoridad y no me podía negar a hacer ese tipo de actividades” (MM 274:36-38)
Honestidad	“Yo estaba entregando una sentencia de muerte sin darme cuenta, cuando entregué el dictamen” (MM 274:59)

5.1.3.3 Caso 13. Mentir o salvar la vida

Acerca del contexto.

La experiencia sucede en un departamento sur occidental de Colombia a principios del año 2000. El médico, en su narración, indica que se encontraba en su espacio privado y en un día de descanso *“en el pueblo, un día llegaron los ‘paracos’ a mi casa, era sábado”* (MM232:107-109). Este hecho visibiliza una pérdida del espacio íntimo ya que el límite entre la vida laboral y la vida privada para los médicos es difuso.

Se da una orden perentoria que denota la pérdida de autonomía del paciente y del profesional: *“¡Nos vamos ya pa’ tal vereda no sé qué!, ¡hay de todo, vaya consiga el ecógrafo y llévase unas pruebas de embarazo!”* (MM232:145-146).

Estas mujeres están siendo entrenadas para la guerra bajo condiciones que anulan su ser y las confina negándoles su existencia como sujetos morales y políticos: *“Era mucho más tenaz con los ‘paracos’. Digamos en los campos de entrenamiento de los paramilitares, es considerado normal que si no pasas determinadas pruebas te maten... para ellos y para ellas no incluyendo esto, si sales embarazada, no es que te van a llevar a hacerte un legrado y todo eso”* (MM232:172-176).

El profesional en su narración visibiliza que esas situaciones han trascendido en su propio ser de forma que son imborrables, son improntas que lleva en sí mismo:

“Entonces esos son los recuerdos que me marcaron: esto y también el hecho de ver a las personas que se convertían un poco como en ganado, no sé, pero se las llevaban en camiones” (MM232:210-213).

Dilema.

La situación dilemática se expresa cuando el médico reconoce que existe una sustracción de la vida pública que, por la fuerza, rompe los nexos con la vida, la autonomía de las pacientes y el control sobre su propio cuerpo: *“Es muy violento el hecho de que ni siquiera se les pregunta (a) ellas que opinan... es radical, si sale embarazada, la matan”* (MM232:180-183).

Los paramilitares las llevan para que se realice un examen médico ginecológico, sin derecho a la confidencialidad de la información, ni a una condición digna de las mujeres como personas: *“«No, hágale, hágale las del frente no sé cuántas», cada vez que llegaba un camión, «chinas ahí atrás, caminen que les toca dispositivo», mal, era horrible”* (MM232:202-204). El protocolo médico considera que para que exista relación médico-paciente debe existir una libre elección del médico, una autodeterminación que en este caso no se presenta.

En el siguiente momento del relato se presenta otra situación dilemática. Al descubrir que una de las jóvenes está embarazada, el médico expresa su dilema ya que si dice algo está condenando a muerte a la paciente, pero si no lo dice, el condenado sería él: *“«me les hace prueba de embarazo a todas, me les hace ecografía a todas y a las que estén sin nada les ponemos el dispositivo ahora mismo y a las que no, las vamos a dar de baja». Y efectivamente salió una que tenía como 13 semanas de embarazo... y entonces metidos en un campamento de esos, ¿uno qué hace?”* (MM232:149-158).

Esta expresión *“uno qué hace”*, visibiliza la contradicción en relación con las obligaciones que tiene en ese momento que lo enfrentan con el principio de la vida y la integridad de los dos protagonistas.

Tabla 29. Rumbos de acción posibles y principios que emergen para la toma de decisión

Rumbos de acción posibles	Principios que emergen para la toma de decisión
Realizar los exámenes ginecológicos y proteger a las pacientes	Vulnerabilidad Deber profesional Cuidado del otro: Protección de la vida de las pacientes Dignidad de las pacientes Confidencialidad Responsabilidad
No salir con los paramilitares a hacer los exámenes	Autonomía Derechos de las pacientes Neutralidad

Principios morales que orientan el rumbo en la toma de decisión

Este hecho genera en el médico un sentimiento de rechazo *“era horrible”* (MM232:166). Sin embargo era obligado a atenderlas defendiendo su propia vida y en condiciones de subordinación: *“Luego también sopesabas la cosa de ¿qué era peor? y seguramente lo peor era no ir, primero porque no es muy buena idea negarse a hacerles un servicio a esta gente”* (MM232:205-207).

Es importante resaltar como hallazgo que el profesional también argumenta a favor de realizar los procedimientos la vida, la dignidad y el cuidado de las mujeres *“y segundo porque bueno, esta gente, si uno no va entonces ¿a quién llevan?... ¿a quién llevan? Y, ¿en qué condiciones las va a tratar a las pobres?”* (MM232:207-210). Emerge una condición de deber profesional y de defensa de la integridad y vulnerabilidad de sus pacientes.

Este cuidado y defensa de la vulnerabilidad de la paciente lo lleva a mentir en un acto que puede costarle su propia vida: *“Nada pues no, todas están negativos, todas están negativas pero esta, esta... es que esta no sé, me salió mal la puesta del dispositivo y me la tengo que llevar para la capital...”* (MM232:159-161). Se encuentra un deber de protección que va más allá de su propio cuidado, emerge el cuidado del otro sobre cualquier otro protocolo de manejo. Bajo todas estas condiciones protege la confidencialidad de la historia de su paciente, sin darla a conocer y asumiendo que había cometido un error en el procedimiento.

Este hecho viene acompañado de la necesidad de buscar una salida para que la paciente no sea ajusticiada y asume la responsabilidad sobre la paciente como única alternativa, ya que en ese momento tiene la vida de la mujer en sus manos: *“Y me tocó llevármela en plan misterio, misterioso en una clínica privada chiquitica que era un chuzo, allí me tocó hacerle el legrado... y ya, y que no... ya está, ya está tratada la infección y tá-tá-tá”* (MM232:162-165).

Finaliza la narración emitiendo un juicio relacionado con los sujetos que generan este escenario, dando a entender que él personalmente no aprendió a vivir bajo esas condiciones donde el valor de la vida es menospreciado: *“Eso es algo con lo que ellos aprenden a vivir. No solamente aprenden a menospreciar la propia vida sino que ponen en esa misma escala de valores la de los demás. Pero es horrible, además te impacta mucho ver como para cualquiera de los dos bandos la vida humana adquiere otra dimensión, que es bastante desechable de alguna manera.”* (MM232:166-169).

Tabla 30. Fuerzas narrativas relacionadas con los principios que guían la toma de decisión

Principios	Fuerza narrativa (compromisoria)
Confidencialidad Vulnerabilidad de la paciente Protección de la vida Responsabilidad	“Y me tocó llevármela en plan misterio misterioso en una clínica privada chiquitica que era un chuzo, allí me tocó hacerle el legrado... y ya” (MM232:162-165).
Deber profesional Cuidado hacia la paciente Dignidad	“Segundo porque bueno, esta gente, si uno no va entonces ¿a quién llevan?... ¿a quién llevan? Y, ¿en qué condiciones las va a tratar a las pobres?” (MM232:207-210).
Cuidado de sí: Defensa de la vida propia Vulnerabilidad del médico	“Luego también sopesabas la cosa de ¿qué era peor? y seguramente lo peor era no ir, primero porque no es muy buena idea negarse a hacerles un servicio a esta gente” (MM232:205-207).

5.1.3.4 Caso 14. Enfermos o combatientes

Acerca del contexto.

La región limítrofe de la Orinoquia del país es escenario de múltiples confrontaciones de actores armados que dejan a los profesionales de la salud en

condiciones difíciles, dado que deben mantener su neutralidad y tratar de hacerse reconocer como misión médica.

El caso que se presenta sucede precisamente en este territorio: *“Me acuerdo un día, un sábado que había habido combates en el pueblo, que era la vereda donde había pugnas por control territorial entre varios grupos; había habido combates en el pueblo, y yo sabía porque habían llegado campesinos y habían contado que tal cosa, que había combates”* (MM306:435-439). El médico en la región es reconocido como un actor importante dentro del desarrollo de las actividades lugareñas, es buscado por la comunidad para informarle las condiciones de seguridad, lo que se puede necesitar. Por lo tanto ser médico es ser más que un prestador de servicios de salud que realiza procedimientos clínicos, es otro miembro de la comunidad con unos roles que van más allá del consultorio.

El día de descanso el médico es requerido en su casa: *“Entonces me acuerdo que un domingo llegó y estaba en mi casa, ese día no atendía y golpearon en la puerta y abro yo. Llegó un muchacho con el radio, sólo: «buenas médico, mire: yo soy del Ejército de Liberación Nacional frente tal, me atrevo a acercarme a su casa sabiendo que es su día de descanso porque vengo con muchos combatientes en mal estado y no los tengo acá porque primero tenía que hablar con usted»”* (MM306:447-452).

La solicitud de atención se realiza para un grupo de personas que se encuentran en condiciones de salud precarias: *“Tengo niños y mujeres deshidratados, como hemos tenido muchas dificultades con el bastimento tengo gente con diarrea, o sea, necesito que me atienda eso, las mujeres y los niños al menos y unos cuantos hombres que están mal, con los demás yo ya nosotros, o sea los demás no y créame, si no fuera absolutamente urgente no venía hasta acá, pero es que no tengo que hacer con esta gente, si no, si no acudo a usted se me van a morir”* (MM306:470-477).

Dilema.

Los rumbos de acción contradictorios se presentan cuando la médica solicita que los pacientes acudan sin uniforme de combate y sin armas tal como lo exigen los protocolos de la misión médica con el fin de no comprometer la neutralidad del lugar: *Entonces bájelos, bájelos... yo creo que los puedo atender si vienen sin armas como*

usted creo que no hay ningún problema en que los atendamos dentro... que vengan de de civil (MM306:487-489).

Sin embargo esta condición no puede cumplirse ya que no existen los recursos: *“No médico, no pueden venir de civil, ¿sí? Son muchos, no hay manera” (MM306:490-491).*

El médico se enfrenta a la pregunta *“¿cómo hacemos?” (MM306:455)*: tiene de un lado la vida de un grupo de personas y de otro el cumplimiento del protocolo.

Tabla 31. Rumbos de acción posibles y principios que emergen para la toma de decisión

Rumbos de acción posibles	Principios que emergen para la toma de decisión
Atender a los pacientes uniformados	Derecho a la atención en salud Imparcialidad Deber profesional Cuidado Integridad Igualdad
No atender a los pacientes uniformados	Protección de la misión médica Neutralidad

Principios morales que orientan el rumbo en la toma de decisión

Ante esta situación prevalece el principio del deber profesional y el cuidado del otro en condiciones de vulnerabilidad *“Yo dije: «listo con uniforme, sin armas... bájemelos en grupos pequeños mire usted, nota que esto es pequeño, tengo un consultorio y dos camitas de rehidratación, bájemelos en grupos de cuatro, ¿sí?»” (MM306:501-502).*

Aparece como un ritual colocarse la investidura de médico “*Yo me puse mis cosas*” (MM306:504), el profesional en este momento se refiere a los insumos necesarios para atender a los pacientes: la bata, el fonendo y el tensiómetro. De esta forma se hace la ruptura entre la cotidianidad del descanso en su espacio privado y el inicio de su servicio en la vida pública.

“*Entonces, ¿yo qué hice? Pues los examinaba, les daba tinidazol para que se llevaran, a los que estaban menos deshidratados les daba suficiente suero oral a cada uno para que se fueran con su suero oral, a los que estaban peor los metí en las camas, ahí les ponía sus líquidos, les echa un bolito hasta que tenían babitas, les daba sus medicamentos*” (MM306:508-513). El deber profesional, el cuidado y la protección ante la vulnerabilidad, permiten dar cumplimiento a la atención de los pacientes, a través del diagnóstico y tratamiento según las necesidades de cada uno de ellos.

Al finalizar se pretende dar un pago por el servicio “*Entonces los atendí y el muchacho ya, entonces se fueron todos y llegó el muchacho joven: «ah bueno médico ¿cuánto se le debe?»*” (MM306:517-518). El médico responde con imparcialidad dado que por estar enfermos con una urgencia vital no deben cancelar servicios según la reglamentación vigente: “*no no, a mi aquí me dijeron que yo tenía que atender era a los que vinieran a este lugar y tengo suficiente provisión para atender y no tengo que cobrar cuando son urgencias y niños, a mí ya me pagan por mi trabajo*” (MM306:523-527).

Tabla 32. Fuerzas narrativas relacionadas con los principios que guían la toma de decisión

Principios	Fuerza narrativa (compromisoria)
Derecho a la atención en salud Imparcialidad Igualdad	“-“No no, a mi aquí me dijeron que yo tenía que atender era a los civiles que vinieran a este lugar y tengo suficiente provisión para atender civiles y no tengo que cobrar cuando son... cuando son urgencias y niños, a mí ya me pagan por mi trabajo” (MM306:523-527).
Deber profesional	“Tenían disentería amebiana, estaban mamados, cansados ¿Entonces yo qué hice? pues le... los examinaba, les daba tinidazol para que se llevaran, a los que estaban menos deshidratados les daba suficiente suero oral” (MM306:508-513).
Cuidado Integridad	“Entonces me acuerdo que un domingo llegó y estaba en la... en mi casa, ósea, ese día no atendía”, “me dijo tengo mujeres enfermas, tengo niños que están en mal estado y tengo algunos hombres que también necesitan consultar urgentemente, entonces yo necesito pues preguntarle ¿cómo hacemos?,... Entonces bájelos, bájelos” (MM306).

En este caso el valor del cuidado y de la vida se sobrepone sobre las características de combatiente de los enfermos. El médico da cumplimiento al deber de atención de un enfermo que requiere cuidado y atención.

5.1.3.5 Caso 15. El protocolo de seguridad o la atención médica

Acerca del contexto.

Esta narrativa temporalmente se ubica hacia mediados de la década del 2000, periodo caracterizado por la puesta en marcha de la política de “seguridad democrática” que tiene como finalidad retomar el control estatal de las regiones en poder de la guerrilla, aumentando la cantidad de efectivos y la presencia del ejército. Sin embargo se presenta paralelamente un aumento del poder de las fuerzas paramilitares que avanzan por este territorio: *“Sucedió cuando íbamos como a mitad del día en la brigada en el norte de la Orinoquia colombiana, allá están bajo control paramilitar, militar y la zona rural pues es ‘elena’. Hacía menos de una semana había entrado el ejército y estaban en combates”* (MF378:221-224).

Es en este contexto que se presenta un accidente con una mina antipersonal que hiere a un menor de edad, el profesional lo describe así: *“cuando de repente: la totacera (sic) por allá. Y de repente «tá-tá-tá, pum», ruido, gritos. Y entró la jefe, dijo: «bueno vamos a suspender la consulta en este momento hay un evento de emergencia entonces ya saben cómo es el protocolo»”* (MF378:281-283). La “totacera” indica que se presentan disparos y explosiones que para el narrador se expresan en forma simbólica con la expresión lingüística que representa el sonido (onomatopeya).

En la memoria, esta experiencia es identificada como impactante y anuncia la presencia de un evento desgarrador y doloroso: *“Es una cosa supremamente impresionante. Era un muchachito adolescente y lo traían unas personas, unos señores”* (MF378:300-301).

En el momento el equipo médico de salud se encuentra en medio de una misión médica para atención de consulta externa y recibe el herido para la atención del evento: *“Todos con nuestros símbolos humanitarios y tal. Listo, entonces llegamos y cuál no sería la sorpresa cuando llegaron los familiares del niño y eran actores armados. El niño era un hijo de un de un guerrillero, de un ‘eleno’”* (MF378:330-333).

En estas circunstancias al niño herido había que conseguirle transporte para la remisión, porque los protocolos de seguridad en región de conflicto indicaban que *“la gente se tenía que montar al carro, los choferes listos esperando a que se acabara la*

atención, se hiciera la remisión, porque esos no son ambulancias y no se pueden transportar ahí heridos” (MF378:294-297).

Dilema.

Se establecen dos situaciones diferentes dilemáticas para los profesionales: la primera relacionada con los familiares del niño que hacen parte de los actores armados. Y la segunda, en relación con el transporte y remisión del paciente menor de edad, que requería manejo intrahospitalario inmediato.

La primera situación se evidencia cuando *“llegó el señor con otros combatientes con armas y los combatientes se quedaron lejos. ...y el señor llegó sin arma larga pero con uniforme a la puerta a preguntar por el hijo. Entonces todos: «no señor, usted no puede entrar»” (MF378:333-337).*

Y la segunda, cuando a pesar de solicitar por radio teléfono un servicio de transporte: *“No mandaron ambulancia, horas y horas y horas y horas y el niño ahí perdiendo oportunidades de de vida y de recuperación, y no nos mandaron una simple ambulancia. Entonces esta mujer ya estaba desesperada porque se estaba haciendo de noche y no nos podíamos quedar ahí” (MF378:472-475).*

Tabla 33. Rumbos de acción posibles y principios que emergen para la toma de decisión

Rumbos de acción posibles	Principios que emergen para la toma de decisión
Dejar entrar al padre del niño herido por la mina y transportarlo a un lugar seguro	Imparcialidad Distinción Cuidado Responsabilidad Deber profesional Igualdad
No dejar entrar al padre , no	Protocolos de seguridad Cuidado de sí mismo

transportarlo a un lugar seguro	
------------------------------------	--

Principios morales que orientan el rumbo en la toma de decisión

El principio de distinción se vislumbra como orientador de la acción en el momento en que se le exige al padre del niño: Dije: *“Ah, el señor es el papá, claro, el señor puede entrar. Le pedimos un favor, el señor está de camuflado... usted oye señor que aquí afuera hay combates entonces si nos hace el favor de usted de alguna manera al menos quitarse la camisa”* (MF378:345-348). Es en ese momento cuando la imparcialidad se presenta, ya que, el señor es tratado como el padre de un niño herido.

El deber profesional se visibiliza cuando se presta el servicio de urgencia y se logra la estabilización del paciente a pesar de tratarse de una misión de consulta externa: *“Entonces todos ellos lo atendían”* (MF378:302).

En relación con la remisión hacia un hospital la situación se hace compleja ya que no es posible conseguir transporte y se presenta un riesgo de seguridad para todo el equipo de salud y para el paciente *“empezó a pensar que íbamos a hacer. Entonces llamó y dijo: «mire, no tengo ambulancia, tengo aquí toda la gente, se está haciendo de noche, no puedo dejar el niño. Pido autorización para usar uno de los transportes humanitarios como ambulancia»”* (MF378:477-480).

A pesar de estar en contra del protocolo y considerar la noción de cuidado, responsabilidad y deber profesional que vela por la integridad del paciente emerge: *“Mire, no tengo otra cosa que hacer. Pido autorización para mandar todo el personal en uno de los carros humanitarios y yo sola me voy con el niño y uno de los choferes voluntario en el otro”* (MF378:484-486).

Incluso el grupo de profesionales estaba exponiendo su propia vida y su seguridad, pero todos comparte el cuidado del otro: *“Eso no se podía hacer pero ¿cómo se dejaba un niño tirado? Eso fue horrible, era una cosa de muerte”* (MF378:488-489).

El deber de protección de la vulnerabilidad se expresa finalmente cuando deciden acompañar al niño, porque existe el riesgo de que sea atacado durante el trayecto del transporte, a pesar de que finalmente habían conseguido una ambulancia:

“Yo me voy a quedar aquí entregando el paciente y yo me voy a ir sola con el chofer voluntario cerca del carro escoltando el niño Porque total lo podían agarrar a la salida” (MF378:525-527).

Tabla 34. Fuerzas narrativas relacionadas con los principios que guían la toma de decisión

Principios	Fuerza narrativa (compromisoria)
Deber profesional	“Entonces todos ellos lo atendían... y mientras tanto tratando de conseguir la remisión” (MF378:302).
Responsabilidad	<i>Pero eso era terrible, era una romper el protocolo, ni la tenaz. Eso no se podía hacer pero ¿cómo se dejaba un niño tirado?</i> (MF378:488-489).
Cuidado	<p>“Nos tenemos que parar en la puerta porque somos el equipo que tiene que tranquilizar a los familiares” (MF378:313-314).</p> <p>“Yo me voy a quedar aquí entregando el paciente y yo me voy a ir sola con el chofer voluntario cerca del carro escoltando el niño Porque total lo podían agarrar a la salida” (MF378:525-527).</p>
Distinción	“Usted no puede entrar uniformado, aquí adentro tenemos un niño civil solamente pueden entrar los familiares” (MF378:338-339).
Imparcialidad Igualdad	“Ah, el señor es el papa, claro, el señor puede entrar. Le pedimos un favor, el señor está de camuflado... usted oye señor que aquí afuera hay combates, entonces si nos hace el favor de usted de alguna manera al menos quitarse la camisa” (MF378:345-348).

5.1.4 Situación dilemática más allá de la medicina: el consultorio o el cuidado colectivo.

Esta situación dilemática contiene dos casos que representan la importancia del médico en la comunidad. En las regiones colombianas el rol que desempeña el médico va mucho más allá del deber profesional en relación a los pacientes y a la atención en salud e incluye a la población en general al ser reclamado por la sociedad como agente político y social.

En esta categoría se encontraron los siguientes casos:

Tabla 35. Situación dilemática 4: Casos identificados

aso	Titulo
6	La ceremonia: curar el muerto
7	El juicio: médico o mediador

Las situaciones que se exponen a continuación involucran la toma de decisiones más allá de la clínica, como se ha visto en los acápites anteriores, pero implican una contradicción entre quedarse en el consultorio o asumir el compromiso ante la comunidad.

A continuación se presenta el análisis de cada una de ellas.

5.1.4.1 Caso 16. La ceremonia: curar el muerto

Acerca del contexto.

En un pueblo de la región Centro Oriental de Colombia: *“Había era ‘elenos’ que estaban en pugna con ‘farianos’ (...) Y los ‘elenos’ de ese lugar eran súper agrestes (...) comenzaban a hacer como purga entre la gente civil. Cualquier persona que*

estuviera cerca de los ‘farianos’ la bajaban, entonces hubo muchos, muchos ajusticiamientos” (MM306:540-549). La expresión “la bajaban”, indica la vulnerabilidad de la gente en la región, pues describe el riesgo de ser asesinado en cualquier momento. Se trataba de un pueblo humilde y campesino donde el espacio público dominaba en el área rural por que *“las casitas (eran) chiquiticas”* (MM306:658).

El territorio era dominado por los actores armados, que además son descritos como aquellos que ejecutaban a la población civil ante la menor sospecha. Este acto lo realizaban días festivos, en los que estaba más gente en el pueblo, con el fin de aleccionar y dar ejemplo: *“Llegaban y se bajaban la gente todos los domingos a veces ¡pá! Mataban gente súper feo. Matan primero y preguntan después”* (MM306:551-553).

Temporalmente, la profesional explica que se encontraba recientemente en el lugar, como una forma de justificar el desconocimiento y el miedo que podía sentir ante ser testigo de estos eventos: *“llevaba como menos de un mes y mataron a alguien, a un señor ahí en la plaza del pueblo. Entonces, uno se quedaba en el centro de salud”* (MM306:556-557).

En el contexto descrito recibe una solicitud inusual para un profesional de la salud que inicia la situación dilemática: *“Y de repente alguien golpeó la puerta, y era una señora del pueblo y me dijo: «Ay médica, que si puede hacer el favor y embalsamar a don fulano que lo que lo mataron, mire aquí le traigo el formol y la jeringa de embalsamar»”* (MM306:559-560).

Dilema.

La profesional ante esta solicitud inicialmente se niega, ya que no lo considera parte de su deber: *“No, cómo se le ocurre, yo soy una médica”* (MM306:563).

Recibe otra visita donde se requiere su servicio, ante el dolor que está padeciendo la familia: *“Por favor, es que le pegaron un montón de tiros y está tirado al frente de la casa. La mujer está descompuesta llorando muchísimo, los hijos están viendo y pues toca arreglarlo. Usted es la médica, pues aquí le traigo el formol y la jeringa”* (MM306:564-567). El argumento justificando su negativa expone que ese oficio le corresponde a otra persona, tratando de distinguir las obligaciones de un

médico y las de un agente fúnebre, incluso llegando a sentirse ofendida por tratarse otras labores que requieren escasa preparación: “*No señor, yo no soy embalsamadora, ¿qué le pasa?*” (MM306:564-568).

La médica descalifica a la gente atribuyéndoles falta de juicio, entrevistando su orgullo: “*Y, pero, ¿qué les pasa aquí en este pueblo? Están locos*” (MM306:571).

Continúa el diálogo con un campesino que viene a buscarla, quien le indica que está incumpliendo con su labor en el pueblo, para ellos es claro que la atención al muerto hace parte de la obligación del médico y por lo tanto es ofensivo no cumplirla: “*¿cómo se le ocurre decirle al deudo de una persona muerta que no le va a arreglar el cadáver?*” (MM306:574-575).

El habitante del pueblo realiza una reconfiguración del quehacer médico que hasta ese momento no era posible para la profesional: “*Pero es que usted no entiende. Es que usted es la médica. Yo no soy un médico. Si lo hago yo no va a tener el mismo efecto. Lo tiene que hacer usted*” (MM306:599-601).

Esta actividad es interpretada como innecesaria, ya que al no tratarse de un ser vivo, no hay un sujeto para sanar, se trata de un organismo sin funciones vitales y por lo tanto no existe obligación. Según el paradigma hegemónico en la educación médica, las enseñanzas están dirigidas hacia el individuo vivo que padece una disfuncionalidad. Un muerto, por lo tanto, ya no hace parte del horizonte laboral. Esta labor puede realizarla cualquier otra persona “*¿Pero por qué, si total es un cadáver? No va a pasar nada*” (MM306:602-603).

El argumento de la comunidad, es enfocado hacia la experticia y el saber del procedimiento, ofreciéndose incluso a enseñarle. Emerge un significado simbólico para la comunidad sobre este acto que debe ser realizado por el médico: “*Esto es parte de sus labores de médica. Si no se las enseñaron le toca aprenderlas aquí.*” (MM306:591-592).

La decisión por lo tanto en este momento es embalsamar al muerto o quedarse en el centro de salud cumpliendo con los deberes que atañen a la obligación médica.

Tabla 36. Rumbos de acción posibles y principios que emergen para la toma de decisión

Rumbos de acción posibles	Principios que emergen para la toma de decisión
Embalsamar al muerto	Solidaridad Cuidado Respeto Sinceridad Compasión Humildad Tolerancia Deber humano Integridad Dignidad Vulnerabilidad
No embalsamar al muerto	Deber profesional

Principios morales que orientan el rumbo en la toma de decisión

El caso se resuelve cuando le explican que la acción de sanar va más allá de un cuerpo vivo, más allá de la individualidad e incluye a la comunidad: *“Médica, usted aprenda que los médicos están para sanar los vivos hasta de los muertos”* (MM306:581-582).

La médica comprende el significado de la atención del muerto y la vulnerabilidad de la familia: *“Si la señora venía era porque necesitaba algo y yo lo que dije fue supremamente brusco y muy feo”*(MM306:621-622).

Surge un sentimiento de culpabilidad por el maltrato dado a la señora y se describe como *“Yo soy una bestia”* (MM306:625). Por desconocimiento del significado simbólico que para la comunidad representa la vida o la muerte: *“Yo como era de bruta*

que no entendía, pero es que nadie me había dicho. Entonces yo ya entendí que yo era la oficiante y que eso era una ceremonia” (MM306:672-675).

Descubre el valor de ser médico, lo que representa la investidura de ser sanador en el imaginario colectivo: *“De verdad que entendí. Yo nunca había pensado eso, pero entendí que eso era una acción para curar mentalmente a la gente: ir a curar un cadáver” (MM306:626-628).*

Con respeto y humildad acepta que no dio el trato adecuado a la viuda por el miedo y la ignorancia: *“yo fui muy brusca con usted, pues es que pues estaba muy asustada” (MM306:636).*

En esta narrativa surgen varios principios que representan la relación del médico con la comunidad en una labor que no es contemplada como parte del ejercicio médico pero que, en este caso, se descubre como una necesidad simbólica de la población.

Tabla 37. Fuerzas narrativas relacionadas con los principios que guían la toma de decisión

Principios	Fuerza narrativa (compromisoria)
Solidaridad	“El señor ya está muerto, obviamente da igual que se le ponga el formol yo o Usted. Pero los que están vivos al rededor lo van a entender distinto. Usted no se da cuenta de que si un médico cura el cadáver los familiares se van a sentir más aliviados. Es por la viuda, es por los niños médica. Usted tiene que aprender esas cosas. Eso también es medicina y eso. Usted va a curar ese cadáver por los vivos” (MM306:604-609).
Cuidado	“Yo nunca había pensado eso, pero entendí que eso era una acción para curar mentalmente a la gente: ir a curar un cadáver” (MM306:626-628).
Compasión	“Y total ella ya no puede hacer más por su marido sino traerme una jeringa y un formol.” (MM306:624-625).

Humildad	“Me acaba de hacer entender que: sí, claro eso es una labor de médico que no me enseñaron” (MM306:631-632).
Respeto	“Por favor discúlpeme que yo fui muy brusca con usted, pues es que pues estaba muy asustada, pero eso no tiene perdón.” (MM306:699-700).
Sinceridad	“Lo que pasa es que yo no había entendido que embalsamar cadáveres fuera tan importante.” (MM306:629-631).
Tolerancia	“Pues bueno, esto es de lo más exótico que a mí nunca se me hubiera ocurrido. Pero este señor tiene toda la razón.” (MM306:613-615).
Deber humano	“Me lleve unos guantes, una bata... mi disfraz de medico: bata, guantes” (MM306:634-635).
Integridad	Entonces me porté lo más de bien, como en una ceremonia. Entonces se hicieron alrededor, iban rezando el rosario... los niños, estaban los viejitos y yo les dije: «¿por qué no traen unas flores para su papá?» Entonces los niños se fueron por unas flores. (MM306:674-676).
Dignidad	“Entonces yo cogí, le quite la camisa, le quite todo. Yo pedí las toallas y el agua tibia. Entonces cogí lo lavé con las toallas, le lavé la sangre, lo acomodé bien bonito, así bien limpiadito. Le dije a la señora que trajera la mejor ropa del señor. Una peinilla, le peinamos el pelo. Total todo ceremonioso. La ropa pues en una bolsita que ayúdenme a ponerle la ropa nueva, alguien le prestó zapatos porque el señor no tenía. Le pusieron zapatos, camisa. Trajeron una loción, le echaron una loción” (MM306:687-693).
Protección de	“Cogí mi acta, entonces solamente hice una descripción. Esa vaina no la había hablado todavía, pero después lo hable con

vulnerabilidad	él, con el legista: que yo no me podía poner a hacer exámenes internos porque era de riesgo. Entonces yo ese día fue que me inventé eso. Entonces hice una descripción externa y puse una nota: «por motivos de orden público no se puede hacer examen interno»” (MM306:678-684).
----------------	---

El diálogo que se realiza entre la médica y los habitantes representa un reconocimiento mutuo en medio de la circunstancia violenta que viven. No se evidencia una negociación, porque no se trata de ganadores ni perdedores, se lleva a cabo un reconocimiento del otro entendiendo el significado y las falencias que pueden presentarse llegando a un entendimiento. La médica se enriquece con el significado de su labor ante el muerto y la comunidad se enriquece porque cuenta con un líder simbólico para su sanación.

La solidaridad representa estar con el otro en el momento de su vulnerabilidad atento a las necesidades y aportando lo que se puede dar para mejorar las condiciones de la comunidad. La médica opta por el bien común.

Ante la ausencia de líderes de la iglesia que no asistían por considerar el pueblo una región violenta las ceremonias se realizaban afuera en el atrio de la iglesia. Eran presididas por aquellas personas a las que la comunidad daba el valor sobre la vida: *“El maestro o el médico entonces ponían el cadáver en la puerta, en el atrio de la iglesia cerrada con llave. Eso era una cosa más cruel”* (MM306:663-665).

Al acudir a la atención, se visibiliza el significado de curar el muerto en público, si la comunidad fue participe al ver el asesinato, la comunidad debe participar en la curación: *“«Entonces ayúdeme más bien: entrémoslo que no quede en la vista del público». «No, sí tiene que estar a la vista del público porque todo el pueblo lo vio morir. Entonces todo el pueblo tiene que estar en su sepelio», dijo él”* (MM306:652-657).

Se reconoce como una mujer no creyente *“No, mi señora. Yo no soy religiosa. Pero con mucho gusto pues vine a arreglar a su marido”* (MM306:698-699). En estos casos, acompañaba simbólicamente a la comunidad ya que era una forma de resistencia colectiva, un apoyo solidario, una forma de construir un nosotros: *“La manera de*

resistir de ese pueblo era simbólica en torno a los muertos. Ir a la ceremonia de un ajusticiado era un reto. (...) Los actores armados estaban ahí. Pero todo el mundo iba. Entonces yo no podía no ir. Me paraba con mi bata y me quedaba hasta que se lo llevaban para el cementerio” (MM306:716-726).

Al finalizar la narración se califica a sí misma como parte de ese colectivo y asume el rol del deber reclamado por la comunidad, reconociendo su potencialidad: *“entonces me subí a mi centro de salud y desde ese día me volví la embalsamadora maestra” (MM306:702-703).*

5.1.4.2 Caso 17. El juicio: médico o mediador

Acerca del contexto.

La situación se presenta en el centro-oriente del país a finales de los años 90, en *“Un pueblo que era de las FARC. (...) Era tan chiquito que la plaza era una cancha de voleibol” (MM259:1-2).*

En Colombia se presentan casos en que los actores armados usan menores de edad con el fin de obtener información militar sobre los enemigos. En este caso, se visibiliza que los involucrados representan a las fuerzas del Estado: *“Los soldados agarraron un montón de niñas chiquitas como entre doce y catorce años, porque no eran más grandes y las enamoraron y les daban cadenas de oro. Las volvieron las novias y cuando se fueron, las ponían a mandar cartas sacándoles información militar” (MM259:3-6).*

La falta de privacidad evidencia las condiciones de inseguridad, el médico reconoce que lo público invade la intimidad: *“Allá uno sabía que uno escribía para el público en general porque las cartas las interceptaban, las leían y las cerraban otra vez” (MM259:8-10).*

Teniendo en cuenta que los actores armados ilegales se informaron sobre las actividades de los jóvenes, se inicia un juicio popular, que sucede un día festivo. Es reiterativo que el día que llega la gente de las veredas al pueblo se realicen los ajusticiamientos y los juicios: *“Un domingo llegaron con una razón: que todo el mundo tiene que salir a reunión en la plaza del pueblo. Que todo el mundo a reunión ya” (MM259:17-19).*

La cancha de balón mano se usaba como punto de encuentro, en este caso para un juicio popular. El narrador destaca la presencia de las jóvenes y el sentimiento de dolor que las embarga: *“La gente estaba en la gradería y alrededor había una mesa puesta en la mitad con unas sillas y una fila de niñas. Catorce niñas, todavía me acuerdo, catorce niñas llorando, llorando y llorando. Había guerrilleros pero de civil, ‘farianos’. Iban con camisa pantalón y con sombrero con arma corta”* (MM259:22-26).

Prosigue el juicio *“Estamos aquí reunidos porque este es un juicio revolucionario de las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia contra estas catorce traidoras porque estamos decidiendo el ajusticiamiento por traición”* (MM259:31-33).

El médico enumera las reglas, ya que representan la situación dilemática alrededor de la defensa de la vida en condiciones de pérdida de autonomía e autonomía: *“Les vamos a decir las reglas del juicio popular: yo hablo en representación de las Fuerzas Armadas Revolucionarias y digo cuáles son los cargos, luego de eso se dice cuáles son las penas a poner y luego, si alguien tiene algo que decir a favor o en contra de los argumentos de las Fuerzas Armadas Revolucionarias, lo puede decir. Después de que hayan hablado las Fuerzas Armadas Revolucionarias y el pueblo, se hace una deliberación y entonces se decide la pena y la pena se aplica aquí mismo”* (MM259:37-44).

Dilema.

El dilema se inicia cuando se da la oportunidad de expresar algún argumento para defender la vida de las jóvenes: *“Ahora, si alguien del pueblo tiene algo que decir, puede hablar ahora y luego se hace la discusión con base en los argumentos y después se decide aplicar la pena o no”* (MM259:56-58).

Se identifica una obligación por defender la vida por parte del médico: *“Yo pensé: «hp, van a matar esas niñas, yo tengo que decir alguna cosa»”*. (MM259:60-61).

Sin embargo narra la ambivalencia entre el miedo que se apodera de él y lo lleva a pensar en forma individual teniendo en cuenta el riesgo para sí mismo y la obligación de defender la vida, que reconoce con su capacidad y potencialidad como médico: *“Yo tenía miedo. Pues yo pensaba que a mí me iba a pasar algo. Pero esto aquí toca. Pero*

yo pensaba que yo podía hablar en el juicio del pueblo y que a mí no me iba a pasar nada” (MM259:66-68).

Reconoce en sí mismo una capacidad para cuidar a las jóvenes a través de sus palabras: *“De pronto podía hacer que a las niñas no les pasara algo, de todos modos eso da sustico. Entonces yo pensaba qué podía decir para salvarles la vida, qué se me ocurría” (MM259:69-71).*

Tabla 38. Rumbos de acción posibles y principios que emergen para la toma de decisión

Rumbos de acción posibles	Principios que emergen para la toma de decisión
Hablar en el juicio de las adolescentes	Responsabilidad Deber profesional Cuidado Vulnerabilidad de las niñas Obligación con la vida Autonomía
No hablar en el juicio	Miedo Vulnerabilidad propia Indiferencia

Principios morales que orientan el rumbo en la toma de decisión

Finalmente opta por asumir la responsabilidad con la comunidad y con las jóvenes ante la oportunidad de hacer algo que impidiera la ejecución: *“Entonces levaté la mano. También levantó la mano el profesor y levantó la mano el juez” (MM259:61).*

Reconoce en ellas la vulnerabilidad: *“Yo dije: «estas niñas las han utilizado y si nos ponemos a pensar eso está muy mal(...) Ellas son la parte más débil del pueblo expuesta (...) no tenían como defenderse ideológicamente (....) Tomando en cuenta la*

desproporción entre el entrenamiento del enemigo y la debilidad de estas niñas (...) hay que pensar en una pena más leve» (MM259:87-99).

Después de participar, manifiesta solidaridad y un deber relacionado con su profesión, ya que como médico la vida es primordial: *“Bueno, pues si las matan ni modo ya hicimos lo que podíamos hacer, porque no nos podíamos quedar aquí callados a que mataban catorce niñas siendo usted el juez y yo el médico. Quedarnos callados no, algo teníamos que hacer” (MM259:142-145).*

Después de escuchar los argumentos del juez y del maestro, el médico es invadido por el miedo, ante la acción que acaba de realizar: *“pero ahora nos van a matar a nosotros” (MM259:148-149).*

Tabla 39. Fuerzas narrativas relacionadas con los principios que guían la toma de decisión

Principios	Fuerza narrativa (compromisoria)
Responsabilidad	”No nos podíamos quedar aquí callados a que mataban catorce niñas” (MM259:143-144).
Solidaridad	<i>“Quedarnos callados no, algo teníamos que hacer” (MM259:144-145).</i>
Obligación con la vida	“Yo tengo que decir alguna cosa”. (MM259:60-61).
Cuidado del otro	“Yo pensaba que podía decir para salvarles la vida (MM259:70-71).
Deber profesional	“Pero esto aquí toca”. “siendo usted el juez y yo el médico” (MM259:144).
Vulnerabilidad	“La parte más débil del pueblo eran las niñas” (MM259:83).

Se visibiliza en esta narrativa el rol que representa un médico en las regiones en conflicto. Existen obligaciones que se relacionan con la vida que no se han hecho explícitas como deberes para el profesional. En el momento de presentarse situaciones que evidencian vulnerabilidad y riesgo para la población, el médico se apropia del cuidado colectivo que va más allá de los protocolos de salud individuales usados en el consultorio y asume un rol que incluso pone en riesgo su propia integridad. La obligación con la vida es prioritaria y sus argumentos son válidos y representativos ante en la sociedad.

Finalmente, el comandante de las FARC trae el veredicto del juicio: *“Esas niñas han obrado muy mal y son un peligro para la causa no se pueden quedar a vivir acá, pero merecen una segunda oportunidad por su juventud por su inexperiencia y porque es culpa nuestra que no las preparamos. Entonces se les declara pena de destierro. Tienen veinticuatro horas para salir del pueblo y no volver nunca. Después de esas veinticuatro horas a la que se encuentre acá se le ajusticiara”* (MM259:161-166).

5.2 Médicos, niñez y juventud en el conflicto armado

En medio del conflicto armado en Colombia las primeras víctimas son los niños, niñas y jóvenes. Dado que es una temática recurrente en las narrativas de los profesionales entrevistados, esta sección está destinada a visibilizar las categorías emergentes en relación con el conflicto armado, la niñez y la juventud. Se lograron identificar las siguientes:

Tabla 40. Categorías emergentes en relación con niñez y juventud

Categoría	Caso
El amor: arma en la guerra	Informantes
Maquinaria de guerra	Mi cuerpo de otros En las filas
Las heridas del cuerpo y del alma	Por hacer parte de la guerra Por la guerra de otros
Cicatrices de hoy y	Cicatrices como barreras

mañana	Cicatrices simbólicas Cicatrices de ausencia
Los jóvenes médicos como mediadores	Profesionales en medio de una guerra

5.2.1 El amor: arma en la guerra

En el contexto del conflicto armado los actores encarnan símbolos de cambio y sobrevivencia para encontrar un futuro mejor. Para las adolescentes, el amor es idealista y se convierte en una experiencia simbólica de reconfiguración en el otro, el reconocimiento de sí mismo como individuo capaz de establecer una relación de entrega.

Este acto de entrega desinteresado es aprovechado por los diferentes actores, quienes a través de planes estratégicos buscan obtener información táctica que les permita obtener ventajas sobre los otros combatientes.

En las narrativas analizadas, las jóvenes y las niñas son manipuladas como instrumentos a través del engaño y la explotación para extraer información de lo que sucede en el territorio enemigo, en uno de los casos presentados son usadas por las fuerzas del estado: *“En esa ocasión los soldados agarraron un montón de niñitas chiquitas como entre doce y catorce años, porque no eran más grandes, y las enamoraron y les daban cadenas de oro. Las volvieron las novias y cuando se fueron, las ponían a mandar cartas sacándoles información militar”* (MM259:3-6).

Además del abuso emocional y físico sobre las jóvenes se presenta un riesgo a su vida e integridad que las expone a una pena de muerte, a manos de los bandos contrarios a los actores que las han utilizado. Como consecuencia, son sometidas a juicios, al destierro o a ser ajusticiadas. La voz del maestro defendiendo a sus alumnas representa el rol de la escuela rural, que intenta proteger a sus estudiantes vulnerables e indefensos ante estas situaciones desde el aula de clase: *“Bueno como maestro yo les puedo decir que son niñas buenas, son niñas aplicadas, son unas buenas niñas. Yo si estoy muy triste por esto que ha pasado. Estas niñas, cómo se fueron a enredar con esos soldados, si yo les había dicho que los hombres son malos. Pero yo pido por favor que se tome en*

cuenta que ellas siempre han sido buenas niñas. Es que son muy jóvenes” (MM259:108-115).

La voz de la ley, en figura del juez que aboga en defensa de la juventud, visibilizando el abuso de autoridad y la inexperiencia que exponen a estas adolescentes y niñas a la pena de muerte: *“Bueno, si ustedes tiene pruebas que sustentan que las niñas sí han cometido eso. Que si pasaron información militar, que eso es muy grave pero hay unos atenuantes: los atenuantes son la juventud de las niñas, ellas no tienen entrenamiento militar, son pequeñas y no tienen madurez todavía. Por eso esos hombres grandes las engatusaron. Hay que tener en cuenta además que abusaron de ellas. Hay que tener en cuenta que las utilizaron y hay que tener en cuenta que el ejército del pueblo tiene que estar al lado del pueblo”* (MM259:118-125).

5.2.2 Maquinaria de guerra

En relación con esta categoría se configuran dos casos distintos: el primero, relacionado con la pérdida de autonomía sobre el propio cuerpo e intimidad; y el segundo, la utilización de los jóvenes a través del reclutamiento. A continuación se presentan los hallazgos para cada uno de ellos.

5.2.2.1 Mi cuerpo de otros

En relación con su vida sexual y reproductiva, pierden el derecho a la intimidad y a la vida digna: *“Necesito que le haga ecografía pélvica a todas las de la unidad, me diga las que tienen infección, me diga las que están embarazadas y eso sí, no les dice nada a ellas”* (MM 222:115-117).

Las jóvenes reclutadas para la guerra no tienen autonomía sobre su propio cuerpo, son sometidas a procedimientos médicos para el control de la natalidad sin su consentimiento, hecho que deben aceptar como parte de su reclutamiento, de lo

contrario estarían exponiéndose a una sentencia de muerte: *“Es muy violento el hecho que... que ni siquiera se les pregunta ellas que opinan”* (MM232:180-181)

Por ser mujeres como parte de las funciones dentro del grupo armado al que se encuentren vinculadas se les asignan labores sexuales. Este hecho configura violencia sexual en torno al conflicto armado Colombiano: *“Lo otro que también era sumamente trágico es que sobre todo ante los paramilitares tu vida sexual se convierte como en patrimonio del comandante. Entonces a ésta se la asignan a este comandante, a ésta se la asignan a tal y ya. Ellas lo tienen asumido como parte de sus funciones militares, pero es horrible. Lo otro que me impactaba muchísimo es que te estoy hablando de muchachitas de catorce, quince o dieciséis y diecisiete años. Entonces era, era, era esto y también el hecho ver que las personas se convertían un poco como en ganado, no sé, pero se las llevaban en camiones”* (MM232:191-201).

Esta violencia sexual permea diferentes estratos económicos y culturales. Además de los casos en sitios de combate, se visibilizan episodios en las ciudades capitales que involucran mujeres jóvenes que son obligadas a prestar servicios sexuales con fines lucrativos: *“Empezaron a consultar víctimas de violencia sexual, y entre las muchas víctimas aparecieron unas víctimas de tratos de mujeres. Unas mujeres supremamente bonitas que habían caído en redes de tratos a través de concursos de belleza. La red de tratos estaba a cargo de políticos en ese momento en el senado. Había uno que era senador y eran paramilitares”* (MF378:123-127).

5.2.2.2 En las filas

Los jóvenes son reclutados por los diferentes grupos de actores armados. En las diferentes narrativas se visibilizan casos de la guerrilla y el paramilitarismo.

Los jóvenes bachilleres son preferidos por su facilidad para comunicarse con la comunidad y son utilizados como mediadores: *“El contacto sí era un muchacho bachiller digamos que bastante instruido. Él era como el contacto”* (MF283:489-490). *“La respuesta que recibí fue: «nosotros tenemos muchas combatientes muy instruidas,*

tenemos combatientes bachilleres. Tenemos unas muchachas muy interesantes»” (MF283:335-336)

En algunos casos son tan jóvenes que son identificados como estudiantes de bachillerato, en este extracto de narrativa, se puede visibilizar la confusión de la profesional después de atender una consulta de urgencia en un centro de salud en nororiente colombiano: “(...) «¿Es que aquí hay un internado agrícola y hay otro internado?, porque estos como que no eran del internado agrícola». Llegó y me dijo la enfermera: «ay doctora, no me diga que Usted no se dio cuenta». «¿De qué?», le dije yo. «De que esos eran ‘paracos’». Yo contesté: «¿Eran ‘paracos’?, ¿en serio?, ¿eran unos paracos?’». Ella dijo: «pues claro, eran unos ‘paracos’». Yo pensé que se iba a poner histérico cuando usted le dijo que si eran niños del internado. Y las tiranticas no eran tiranticas, médica, eso son donde se meten las sub ametralladoras” (MF2610:208-214).

Una vez reclutados son sometidos a entrenamientos y a actividades propias de la guerra. Estos actos constituyen un riesgo y una transgresión a su integridad e individualidad, dado que son menores de edad sometidos por la fuerza en la gran mayoría de los casos y obligados a matar. En este caso se identifica cómo el miedo y el impacto psicológico causan un daño físico en el joven: “Y ya que esta aquí médico, mire este muchacho, lo estoy entrenando. Es que yo como ya tengo tanta experiencia, me trajeron este muchacho joven para que yo lo entrene, para mandarlo para otro frente. Es un buen muchacho, es de los mejores combatientes. Entonces por esto tiene el premio de ser el ajusticiador... es la primera vez que mata y se asustó mucho y mire: se hirió la mano” (MF337:499-508).

5.2.3 Las heridas en el cuerpo y en el alma

Los niños, las niñas y los jóvenes se exponen en el conflicto armado a ser heridos en el cuerpo y en el alma. En las narrativas de los profesionales de la salud, emergen casos relacionados con jóvenes que son heridos por hacer parte de la guerra y otros que

son heridos por la guerra de otros. A continuación se presentarán los hallazgos para cada uno de los casos.

5.2.3.1 Por hacer parte de la guerra

Se identificaron casos relacionados con aquellos jóvenes que prestan su servicio a alguno de los actores armados y resultan heridos en combate.

Los jóvenes sufren heridas que dejan secuelas para el resto de su vida y limitan su desarrollo y capacidad frente al futuro: *“Uno de los soldados jóvenes tenía amputadas ambas piernas, yo allá apenas tenía para atender consultas y suturar heridas, no para procedimientos mayores. Sin embargo, traté con lo que había mantener el paciente y lo logramos”* (MM265:19-22). Se presentan diferencias en el tipo de tratamiento y en las expectativas de vida según el grupo armado al que pertenezca el joven. Si es militar será trasladado a los distintos puntos de atención de sanidad militar y tendrá apoyo en la rehabilitación y mejores oportunidades para retomar su vida.

Por el contrario, si pertenece a alguno de los grupos armados ilegales, tendrá que esperar la oportunidad de ser atendido según las condiciones de seguridad y recursos: *“Llegó el muchacho, bueno era un niño como de dieciséis años, chiquito y se había dado un tiro en la mano, llevaba varios días, pero no tenía nada grave: le hice pues examen”* (MF337:661-664).

5.2.3.2 Por la guerra de otros

En esta categoría se incluyen jóvenes, niños y niñas que resultan heridos por causa de la guerra. Es decir, no se encuentran reclutados por los actores pero resultan heridos por las acciones de los otros. Son víctimas indirectas de un conflicto que los rodea y los limita.

Las minas antipersona se convierten en arma mortal para los niños, que de acuerdo a su edad exploran el territorio ajenos al conflicto y a los códigos de guerra: *“En ese momento cayó un niño en una mina, entonces empezaron a atender al niño en*

la mina, tenaz. Eso es una cosa supremamente impresionante. Era un muchachito adolescente y lo traían unas personas, unos señores” (MF378:299-301).

Estas heridas corporales incluyen también la cotidianidad propia del área rural e involucra a los niños por el hecho de ser hijo de. La identidad de la niñez es anulada por la actividad del padre. No existe una distinción entre los actores armados y su familia para el caso de los hijos de guerrilleros. *“Entonces tomó los datos: edad trece o quince años. ¿Cómo ocurrió? Imagínese que el niño era hijo de un ‘eleno’, de una familia de, y él no era un combatiente. Pero como había combates con el ejército por esos días, le sembraron de minas en la puerta de las casas. El ejército le sembró minas en las puertas de las casas. Entonces entra un guerrillero y se lo bajan, o que total si salen pues están matando un guerrillerito en potencia. Le sembraron los broches con minas. Entonces como había habido combate la noche anterior estaba todo ahí, pero los niños salieron a hacer lo que hacen los niños allá en el campo que es arriar los becerros en la mañana, salieron a becerriar. Entonces el más grande, que era éste, iba adelante y los más chiquitos atrás porque están entrenados para vivir en la guerra. Y pasó el broche de su casa y puf la mina en la puerta de la casa” (MM306:426-442)*

Este estigma, es también compartido por las familias de combatientes ilegales cuando existen enfrentamientos. Los miembros de la familia se desplazan conjuntamente con los actores y sufren en su propio cuerpo consecuencias que exponen su vida e integridad: *“Vengo con muchos combatientes en mal estado y no los tengo acá porque primero tenía que hablar con Ud., tengo mujeres enfermas, tengo niños que están en mal estado y tengo algunos hombres que también necesitan consultar urgentemente. (...) Con los niños me dio un pesar terrible. Entonces les ponía dextrosa (solución salina con glucosa) para que pudieran caminar porque tenían hambre” (MM306:470-513).*

En relación con las heridas no tangibles, aquellas que las estadísticas difícilmente agrupan, se visibilizan jóvenes, niños y niñas expuestos a situaciones maltratantes, que generan traumas psicológicos y psiquiátricos: *“Todo el tiempo yo tenía que estar oyendo víctimas de paramilitares. Me acuerdo mucho de un niño chiquito al que le habían matado el papá en frente y lo habían llevado al consultorio con un efecto traumático tenaz y desplazado, y sí, vuelto mierda” (MF378:15-19).* En este caso los

ajusticiamientos, tan frecuentes en el conflicto armado Colombiano son presenciados por los menores de edad como parte de aleccionamiento futuro. Se deja una huella que evitará tener que aleccionar a esa población en el mañana.

5.2.4 Cicatrices de hoy y mañana

La guerra también genera cicatrices que marcan los cuerpos individuales y colectivos. Estas marcas traen consecuencias inmediatas y futuras. Las consecuencias inmediatas se convierten en riesgos sobre el cuerpo; las futuras conllevan un contenido simbólico que involucra el significado del cuerpo y el valor del *sí mismo* y el *nosotros*.

5.2.4.1 Cicatrices como barreras

El conflicto colombiano se desarrolla en la gran mayoría en un área rural donde el acceso al servicio de salud debe superar barreras geográficas. A este contexto se agregan las barreras de los actores armados que limitan las coberturas de vacunación y la atención de maternas, dos aspectos básicos en la atención de la primera infancia.

Esta narrativa evidencia la forma en que un profesional de la salud se ve obligado a negociar la atención de niños, niñas y mujeres en embarazo en un territorio en conflicto: *“No sé si ustedes, así como yo no entiendo de armas, ustedes no van a entender de medicina. Miren, en este municipio hay coberturas de vacunación menores del cincuenta por ciento. Las coberturas de vacunación exitosas deben ser de más del noventa y siete por ciento. Eso quiere decir que todos los niños de este lugar se pueden morir de sarampión. Se pueden morir de tal cosa porque es que, mire, no se han podido hacer vacunas yo no sé desde hace cuantos años. Aquí hay un riesgo terrible, mire este otro libro de mortalidad materna. Mire las muertes maternas acá son tantas. Los partos institucionales son tantos porque las mujeres no vienen a consulta. Bueno entonces me puse y le saqué todos los libros y le expliqué por qué era un horror toda la situación de salud allá”* (MF283.295-307).

5.2.4.2 Cicatrices simbólicas

Las cicatrices simbólicas representan las situaciones que generan agresiones intangibles que atentan contra los otros como colectivo; marcas indelebles que ponen en riesgo a la población civil a través del menosprecio y minusvalía.

En este caso se observa la forma en que el poder que representan las fuerzas del Estado es utilizado por los soldados para sobrepasar la dignidad el derecho de los niños, niñas, ancianos y mujeres en embarazo: *“¿Pero a usted qué le pasa señor soldado?, usted que me dice que es un soldado, ¿no le enseñaron acaso en la academia militar? ¿No les enseñan el respeto a las mujeres y a los niños?, mire para afuera, usted es un muchacho joven, mire a sus compañeros son jóvenes, son muchachos y dicen que son soldados, luego estarán entrenados, miren para afuera, ¿qué ven? señoras embarazadas, niños y niñas, viejitas y viejitos, por lógica ellos entran primero. Entonces me hacen el favor y me desocupan, se salen, hablan con su comandante y le preguntan las reglas de consulta porque ustedes no las están cumpliendo y yo no sé las tengo que decir porque yo no mando en ustedes, solo les puedo decir que se salgan y me hacen el favor y me desocupan las sillas para las señoras, así sea por caballerosidad, si es que son soldados, serán caballerosos”* (MM306:286-299).

Los combates configuran un territorio de inseguridad para la infancia, sobre todo en estas narrativas que se desarrollan en las veredas, donde no existe un límite entre los civiles y los combatientes que generalmente dirigen sus ataques hacia el casco poblacional. Las personas son conscientes del riesgo para la niñez y diseñan estrategias de cuidado hacia ellos por encima de sí mismos: *“Una noche hubo combate, había un combate entre el ELN y las FARC, se comenzaron a acercar. Listo se van a meter. Si nos agarran, nos bajan a todos los que estamos dentro de esta casa. Entonces vamos a ver, llamen al alcalde, al alcalde también se lo va a bajar. Entonces fueron y trajeron al alcalde, lo trajeron lo metieron. Entonces bueno, vamos a tapar las ventanas, vamos a cubrir todas la ventanas con sábanas para que no nos puedan disparar desde afuera. Ya sabíamos cuales eran los lugares seguros de la casa, había unos sitios donde había más pared. Entonces metamos ahí al niño. Tumben las camas, pongan los colchones así. Cuando empiece el tiroteo las mujeres y los niños se meten debajo de las camas”* (MF2610:8-15).

5.2.4.3 Cicatrices de ausencia

Las cicatrices de la ausencia configuran rostros de futuros segados por la guerra, la desesperanza y el desencuentro. En las narrativas de los médicos se vislumbra un territorio en conflicto donde prevalece el desplazamiento, el desarraigo y la ruptura de los vínculos (familiares, culturales, sociales) para la juventud y la niñez.

Los niños presencian los asesinatos de sus padres y se convierten en víctimas silenciosas y participan en rituales de sanación de vivos a través de los muertos: *“Entonces se hicieron alrededor, iban rezando el rosario... los niños, estaban los viejitos y yo les dije: «ah, ¿por qué no traen unas flores para su papá?» Entonces los niños se fueron por unas flores.”* (MM306:674-677).

Los combatientes ilegales también son padres y esta condición expone a sus hijos. En esta narrativa emerge el dolor y la impotencia de un padre que tiene que decidir entre alternativas contrarias pero igual de dolorosas el futuro de su hijo, un niño herido por causa de la guerra: *“Entonces dijo: «mire doctor yo necesito preguntarle algo usted: ya sabe quién soy yo y él es mi hijo. Yo necesito saber si él va a vivir o va a morir porque es que si a él se lo llevan y él va a morir, nunca lo vamos a poder volver a ver. Entonces si ustedes me dicen que va a morir, yo me lo llevo ya mismo y nos lo llevamos nosotros. Yo me lo llevo y allá tenemos maneras de controlarle el dolor en el campamento y que él se muera con nosotros y lo enterramos aquí. Pero si él va a vivir yo acepto que se lo lleve, cosa que también es terrible porque yo nunca lo voy a volver a ver»”* (MM306:374-381).

La ruptura con su territorio, su familia y sus espacios es una constante en los jóvenes desplazados por la violencia. En este caso son destinadas al destierro o serán ajusticiadas. La opción es desplazarse solas o con sus familias: *“Esas niñas han obrado muy mal y son un peligro para la causa no se pueden quedar a vivir acá, pero merecen una segunda oportunidad por su juventud por su inexperiencia y porque es culpa nuestra que no las preparamos. Entonces se les declara pena de destierro. Tienen veinticuatro horas para salir del pueblo y no volver nunca. Después de esas veinticuatro horas a la que se encuentre acá se le ajusticiara. Se levanta esa sesión, todo el pueblo se puede ir para sus casas. Las niñas pueden ir a preparar sus equipajes si alguien de la*

familia las quiere acompañar las puede acompañar, tienen veinticuatro horas para irse” (MM259:161-170).

La ausencia de los jóvenes que mueren por causa del conflicto armado es narrada por los médicos. Esta muerte puede ser física o simbólica. La muerte física implica el asesinato y la muerte simbólica conlleva asesinar la esperanza y la opción de un futuro digno: *“Vi a muchos jóvenes irse, a muchos. Incluso un par de veces tuve que hacer levantamiento (del cadáver) de algunos de ellos y pues en un pueblo tan pequeño uno se hace amigo de mucha gente. Y fui profesor de mucha gente de ellos, entonces era todavía más, más duro y después, ver el destino que habían decidido tomar fue todavía más duro, porque es que no había otra opción, o sea, no había ni qué producir, ni había qué hacer, ni había qué estudiar. No era fácil acceder a trabajo, ni fácil acceder a educación superior. Los pocos que estudiaron sé que hoy día algunos intentaron ser alcaldes, otros fueron alcaldes, algunos decidieron migrar, que era la única forma de estar seguros” (MM274:186-196).*

5.2.5 Los jóvenes médicos como mediadores

En un conflicto como el colombiano reconocido solamente hasta junio de 2011 a través de una política que cubre solamente a las víctimas, se visibiliza un mediador que representa la esperanza de la comunidad y el poder de la vida. Este mediador es, en la gran mayoría de los casos, un joven médico que se ve enfrentado a situaciones violentas que afectan sistemáticamente a las personas que lo rodean y que debe tomar decisiones en contextos de intimidación y vulnerabilidad. Este joven, que también está terminando de descubrirse, es de un momento a otro responsable del cuidado y protección de una población que necesita mucho más que un prestador de servicios de salud.

En este caso, el joven debe exigir a los combatientes de la guerrilla autonomía en las acciones de salud que desarrolla: *“Ustedes son gente de armas. Ustedes arman conflicto con las armas para buscar cambios sociales. Yo no soy una persona de armas. No entiendo nada de armas. No sé nada de guerra. Yo soy una médica, entonces yo lo que hago son cosas de medicina” (MF283: 275-279).*

Esta narrativa visibiliza el compromiso del joven con la comunidad e intenta ir más allá de lo que brinda el Estado, promoviendo acciones que traspasan su función como médico: *“A medida que pasó el tiempo conocí más, de tratar de entender ¿cómo los jóvenes podrían no vincularse a los grupos armados?, porque era un pueblo perdido donde no había nada más que hacer, o sea, no había otras opciones, y de tratar de intentar demostrarles otros caminos, logramos hacer muchas cosas, casi que fue lo que me hizo terminar de tomarle el gusto a la salud pública. Hicimos bachillerato para quienes no habían terminado, nocturno con, con dos profesores del, del colegio y un vacunador montamos, montamos un bachillerato nocturno para ofrecer las posibilidades para que la gente pudiera seguir estudiando, nos inventábamos los juegos deportivos, hacíamos jornadas culturales, de alguna manera tratábamos de buscar ese espacio para que no se diera el querer ir a la guerrilla, pero pues todos los días veíamos que habían niños, niños que habían sido alumnos nuestros o que a veces jugaban fútbol o básquetbol con nosotros, porque nosotros éramos jóvenes en ese entonces, irse a la guerrilla, y después los veíamos con el arma felices porque tenían un poder, incluso algunos de ellos cambiaban su forma de ser solamente con tener el arma, y a veces uno percibía el cambio, el respeto que tenían hacia nosotros como consejeros o como agente clave de su vida”* (MM274:152-171).

La impotencia de los jóvenes médicos refleja la incapacidad de solucionar situaciones que van más allá del ámbito médico e involucran una realidad para el territorio colombiano: *“Yo creo que a mí me jode de eso de estar en la guerra es saber, pero no poder hacer nada. Aquí era yo, sentada en un consultorio, y era como recoger las esquirlas de la gente y no poder hacer nada más que darles remedios. Entonces era horrible, era la cosa más horrible, oír unos cuentos siempre sentada entre un consultorio. Eso sí fue insostenible para mí... reventante.”* (MF378:25-29).

Esta impotencia se ve contrarrestada a través de aquellas acciones que tratan de involucrar a los jóvenes, sin importar el rol que desempeñen en el conflicto: *“Siempre tuve la premisa de que independientemente de quien fuera yo, di a ofrecer lo que sabía y lo que podía hacer por ellos (los jóvenes), y tanto así, que tanto en consulta como en las cosas que hacíamos por fuera, había siempre involucrada gente de todos los bandos y*

eran escenarios donde, donde yo percibía que la gente podía ser feliz” (MM274:197-201).

6. ANALISIS Y CONCLUSIONES

En este estudio el análisis de las narrativas de los médicos en contexto de guerra permitió identificar las situaciones dilemáticas más frecuentes en la práctica médica en el contexto del conflicto armado colombiano y conocer los principios morales que orientaron la toma de decisión en relación a los rumbos de acción posibles. En otras palabras, el estudio permitió dar cuenta del proceso de argumentación, deliberación y justificación del médico en relación a la manera como resolvió dilemas morales en su actuar médico en contexto de guerra.

Para analizar estas situaciones dilemáticas se adoptaron presupuestos de la ética procedimental kantiana, la ética discursiva habermasiana y la propuesta de ética médica ricoeuriana. Sin embargo, se observó que se presentan casos donde se traspasan los límites de las propuestas teóricas anteriores y emergen otros lineamientos teóricos y discursivos. Estos casos serán analizados en un acápite especial en este capítulo.

La práctica médica se entendió, inicialmente, como las actividades, procedimientos y experiencias que el médico realiza al paciente y a la comunidad como parte de su ejercicio profesional. No obstante, se encontró que en Colombia, en el contexto del conflicto armado, esta práctica va mucho más allá de los protocolos enseñados a los profesionales e incluye actividades que para la comunidad están dotadas de un significado simbólico en relación con la vida y la muerte. Es decir, que se consideró que los lineamientos de educación médica en Colombia son ajenos a la realidad que se está viviendo en el país, ya que no se involucran en los currículos elementos que permitan al futuro profesional afrontar la realidad de una población y una práctica inmersa en condiciones de conflicto latente. Este aspecto además de impactar a los pacientes, genera condiciones de inseguridad y vulnerabilidad, dado que aumenta el riesgo de muerte para los profesionales de la salud y los enfrenta a situaciones desconocidas, generando inestabilidad y sentimientos ambivalentes en relación con su actuar. Para terminar, en el desarrollo de las conclusiones se presentarán situaciones que denotan el grado de vulnerabilidad del médico en estos contextos

En relación con la metodología utilizada el enfoque cualitativo en su dimensión hermenéutica interpretativa permitió dar cuenta de los objetivos y la pregunta de

investigación. El uso de las narrativas de los médicos como herramienta metodológica para el estudio de situaciones dilemáticas se convirtió en una alternativa novedosa y eficaz, ya que permite develar el contexto del sujeto inmerso en una realidad donde los protocolos se desdibujan y permite dar valor a la voz del sujeto que vive la experiencia. En medicina se han utilizado las narrativas médicas para reconocer e interpretar las historias de la enfermedad. La investigadora Charon(2006), propone la utilización de las habilidades narrativas de los pacientes con el fin de identificar las expresiones, metáforas o imágenes que utiliza cada uno para narrar su padecimiento.

En el caso particular de esta investigación se adoptó una metodología propia de las Ciencias Sociales, la cual permitió, a través de la hermenéutica, la comprensión de las narrativas del médico relacionadas con las situaciones dilemáticas. En estas narrativas se entiende la práctica médica como una historia que devela los hábitos, actitudes y contextos de los pacientes y los profesionales de la salud. .

A continuación se presentan el análisis y las conclusiones relacionadas con los objetivos de esta investigación, a saber: comprender las situaciones dilemáticas de la práctica médica en el contexto de conflicto armado colombiano, los principios que emergen para la toma de decisión del médico y el proceso de toma de decisión en dilemas morales.

6.1 Situaciones del ejercicio médico que generan dilemas a los médicos en el contexto de guerra en Colombia

Para describir las situaciones del ejercicio médico que generan dilemas a los médicos en contextos de guerra, en esta investigación se definió como situación dilemática aquella que se presenta cuando el profesional de la salud debe elegir un rumbo de acción entre dos contrarios; estas alternativas se expresan en actos que se rigen por deberes o principios diferentes y generan obligaciones contradictorias.

Los dilemas clínicos médicos, en la perspectiva de la bioética clínica, analizan el proceso de toma de decisión circunscrita a la institucionalidad hospitalaria bajo condiciones de seguridad en relación al paciente y sus alternativas respecto a los

protocolos de tratamiento, priorizando así un contexto predominantemente orgánico y funcional.

Por lo tanto, las situaciones dilemáticas extraídas en esta investigación van más allá de lo descrito en los dilemas clínicos médicos propuestos en las perspectivas de la bioética clínica. Los médicos espontáneamente relataron sus experiencias y le dieron voz a estos acontecimientos que involucran al profesional con acciones que superan el límite de lo esperado para un profesional de la salud. Los casos narrados amplían el marco de acción para los médicos y desdibujan el escenario del profesional circunscrito a un consultorio, pues comprometen al médico con procesos de toma de decisión que involucran la vida propia y del (los) otro(s); más allá de un procedimiento médico, de un diagnóstico o de un tratamiento, involucran a la vida misma en todas sus dimensiones y potencialidades. Al mismo tiempo, las narrativas visibilizan el desconocimiento de las circunstancias en que se desarrolla la práctica médica en Colombia, un país que ha estado inmerso en un conflicto armado interno desde hace más de cincuenta años.

Teniendo en cuenta la metodología utilizada en esta investigación, se incorporó en el análisis de la situación dilemática la temporalidad, la espacialidad y los atributos del sujeto a través del uso del lenguaje para denotar la realidad. La historia narrada permitió visibilizar una trama que organiza y une circunstancias, encuentros, interacciones y medios en una totalidad que enriqueció el contexto analítico de los casos.

Es así como se identificaron en las narrativas de los profesionales cuatro situaciones dilemáticas muy frecuentes. Éstas fueron:

- a) El valor de la vida: actuar como médico o el cuidado de sí.
- b) Marcando territorios médicos: ¿Rebeldía o sometimiento?
- c) Ser médico, el protocolo o el cuidado del otro.
- d) Más allá de la medicina: el consultorio o el cuidado colectivo.

Estas situaciones dilemáticas a su vez estaban constituidas por los siguientes casos:

Tabla 41. Situaciones dilemáticas identificadas según categorías emergentes

Situaciones dilemáticas	Casos
Situación dilemática 1. El valor de la vida: Actuar como médico o el cuidado de sí.	Caso 1. Todos dieron un paso atrás Caso 2. Decida ya el que se quiera ir Caso 3. Ellos me tienen que dejar entrar Caso 4. Yo me tenía que quedar Caso 5. Me intimidaron por curarlas
Situación dilemática 2. Marcando territorios médicos: ¿Rebeldía o sometimiento?	Caso 6. Piense en reubicarse Caso 7. De bando a bando el que necesita tiene Caso 8. Puse mis límites Caso 9. Sale ya con nosotros Caso 10. Se metieron y me tocó irme
Situación dilemática 3. Ser médico: El protocolo o el cuidado del otro	Caso 11. El Killer o el paciente Caso 12. Entre la espada y la pared Caso 13. Mentir o salvar la vida Caso 14. Enfermos o Combatientes Caso 15. El protocolo de seguridad o la atención médica
Situación dilemática 4. Más allá de la medicina: el consultorio o el cuidado colectivo.	Caso 16. La ceremonia: curar el muerto Caso 17. El juicio: médico o mediador.

Tanto las situaciones dilemáticas como los casos fueron presentadas detalladamente en el capítulo de resultados. Para las conclusiones se analizaron los principales hallazgos a partir de cinco categorías emergentes:

a) Tipo de situaciones que afrontan los médicos.

- b) Los protagonistas.
- c) Espacios.
- d) Temporalidades.
- e) Rumbos de acción posibles.

Las anteriores categorías entran en confrontación y diálogo con los antecedentes y marco teórico adoptados en este estudio.

Tipo de situaciones dilemáticas. En este estudio no se encontraron situaciones dilemáticas relacionadas con la participación de médicos en casos de torturas, ni en interrogatorios preventivos, problemáticas enunciadas como frecuentes en los conflictos armados internos. Tampoco se encontraron casos relacionados con toma de decisiones en triage, probablemente porque los médicos entrevistados fueron civiles que prestaban el servicio a toda la población de la región y no específicamente a un grupo que se encontrara dentro de un combate activo.

En las narrativas de los profesionales existe una situación de resistencia y defensa de la vida. Se observó que en la gran mayoría de los casos mediados por el miedo, en donde la vida del profesional de la salud se encuentra en peligro, éste no limita su actuar eligiendo el bien que considera prioritario para sí mismo por encima de los demás. Estas revelaciones son novedosas dado que los antecedentes revisados indican que en circunstancias similares el profesional elige el cuidado y protección de su integridad, deber al que en condiciones inseguras y fuera de los protocolos no está obligado. Dichas narrativas se tipifican en la situación dilemática 1: ***El valor de la vida: Actuar como médico o el cuidado de sí.***

Los casos que se relacionan con la violación de la misión médica por parte de los actores del conflicto (guerrilla, fuerzas militares del estado y paramilitares) son comparables con conflictos de distinta naturaleza, como puede serlo la invasión de las fuerzas militares de las dictaduras latinoamericanas. A manera de ejemplificación tenemos la situación dilemática 2: ***Marcando territorios médicos: ¿Rebeldía o Sometimiento?*** En ella se narran aspectos relacionados con la restricción para la oferta de servicios médicos, presiones e intimidaciones al personal de salud e invasión de la infraestructura médica. Estos casos han sido denunciados en Colombia por investigadores como De Currea-Lugo y Franco (capítulo de antecedentes). En la

presente investigación se observó como constante la resistencia y el rechazo de los profesionales médicos a estos hechos, incluso por encima de su propia seguridad.

Asimismo, se encontraron situaciones que involucran el conflicto armado con la pérdida de derechos sexuales y reproductivos en las mujeres. Estos casos, siguiendo los antecedentes de este estudio, han sido descritos por investigadores como Riquelme durante la segunda guerra mundial en los campos de concentración, en donde se realizaban abortos encubiertos con el fin de defender la vida de las mujeres. Prácticas similares son descritas también por Dumont (1975b), particularmente en relación con las enfermeras polacas durante la ocupación nazi, que debían asesinar a los recién nacidos con el fin de evitar la muerte tanto de las madres como de sus hijos. En Latinoamérica prácticas similares fueron denunciadas en el informe de la Comisión de la Verdad y Reparación peruana alrededor de la dictadura de Alberto Fujimori, así como por organismos internacionales humanitarios en relación a Colombia.

En esta investigación se buscó hacer visible esta problemática, en tanto que se encontraron casos donde los médicos colombianos en el contexto del conflicto armado, fueron obligados a vulnerar los derechos sexuales y reproductivos de varias mujeres, forzándolos a realizar abortos y colocar métodos de planificación familiar sin su consentimiento. El dilema es afrontado por los profesionales con interrogantes similares a los que se reportan en los relatos de las enfermeras polacas: ¿qué es peor? En la presente investigación, casos como estos se incluyeron en la Situación dilemática 3, ***Ser médico: El protocolo o el cuidado del otro***, categoría en la cual se incluyeron también dilemas que oponen los protocolos médicos al cuidado del otro, casos descritos en profundidad en la sección de resultados.

La última categoría emergente se relacionó con casos que contraponían los deberes médicos contra las necesidades de la población en relación al imaginario colectivo del deber médico. Estos se clasificaron en la situación dilemática 4, ***Más allá de la medicina: el consultorio o el cuidado colectivo***. Situaciones similares no fueron registradas en los antecedentes revisados ni en investigaciones previas, por lo que se considera que son propias del conflicto armado en Colombia, donde el médico es –para la población civil e incluso para los actores armados– más que un profesional de la salud. Aquí, el médico es dotado de una investidura que lo convierte en un agente

político y social en relación con el cuidado del colectivo incluso más allá de la muerte, como se presenta en los resultados del caso 17: *El juicio: médico o mediador*.

Atributos de los protagonistas en las narrativas de los médicos. En las diferentes situaciones dilemáticas recopiladas aparecen como protagonistas, además del médico que narra la historia, los actores armados, la población civil, otros profesionales de la salud y personajes representativos para la comunidad.

En relación con los médicos como se presentó en el capítulo de resultados, corresponde a profesionales jóvenes entre 25 y 35 años. La gran mayoría se encontraba realizando su año rural de práctica, después de recibir el grado en medicina, como parte de los requisitos para obtener la tarjeta profesional que los habilita para ejercer en el país. Se describen a sí mismos como sujetos seguros en relación a sus deberes y con gran sensibilidad en relación a la condición de conflicto armado que afronta el país.

Los actores armados aparecen en todas las narrativas de los médicos entrevistados. En representación del Estado, las Fuerzas Militares y la Policía Nacional; como actores armados ilegales se encontraron el Ejército de Liberación Nacional (ELN), Las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC) y los paramilitares denominados en algunos casos como las Autodefensas Unidas de Colombia (AUC). Las situaciones dilemáticas más representativas se presentaron cuando los actores armados legales o ilegales se enfrentaban entre sí con consecuencias negativas para la población civil, cuando no se respetaba la misión médica o cuando, por retaliación ante la presencia en la región de uno de los grupos nombrados anteriormente, se realizaban ajusticiamientos por parte de los actores contrarios como forma de escarmentar a la comunidad. Estos eventos han sido descritos por diversos investigadores nacionales e internacionales y coinciden con los visibilizados en este estudio; sin embargo, es necesario resaltar que al utilizar la narrativa como herramienta metodológica, se ha logrado conocer la experiencia a través de los recursos simbólicos de la misma, articulándolos con el lenguaje a través de una trama que desarrolla las historias entretejidas con la vida misma.

La población civil es el eje de las situaciones dilemáticas narradas por los médicos, ya que los enfermos, los heridos, las mujeres, los niños y los jóvenes hacen

parte fundamental de la preocupación de los profesionales. En los médicos prevalece el cuidado y la reflexión alrededor de la vulnerabilidad de la comunidad, a quien narra muchas veces como desprotegida ante el conflicto.

Otro profesional de la salud que aparece en algunas narrativas en relación a las situaciones dilemáticas es la enfermera, descrita como aquella que apoya al médico en las labores de cuidado de sí y del otro. También aparecen como personajes representativos en las narraciones de las situaciones dilemáticas el juez, el maestro y el cura. Ellos, al igual que el médico, son reclamados por la comunidad y en algunos casos cumplen una labor de mediadora ante los diferentes actores armados. El juez como representante de lo justo o injusto, no necesariamente de lo que la ley indica; el maestro como autoridad académica forjadora de esperanza del futuro que representa la niñez, en medio de la incertidumbre de la guerra; y por último, el cura, guía espiritual que la comunidad reclama para el acompañamiento de la muerte, en una región donde los ajusticiamientos son frecuentes y el acompañamiento religioso escaso .

Espacios. Estos espacios representan para el médico los vínculos afectivos y sociales que configuran su vida cotidiana. En ellos transcurren las situaciones dilemáticas narradas y se configuran en espacios-coordenadas y espacios simbólicos.

En los espacios-coordenadas emergieron la región, el pueblo, el centro de salud y las veredas. La defensa del espacio de atención médica como cuidado de lo colectivo aparece frecuentemente como una prioridad para el personal de salud.

En los espacios simbólicos se identificaron la vivienda del médico, las brigadas de salud, la plaza del pueblo y las zonas vedadas. El lugar de residencia del profesional de salud es descrito por ellos como el sitio íntimo donde se deja de ser médico para ser familia. Las brigadas de salud simbolizan el peligro de salir del casco urbano del pueblo y prestar un servicio de atención a la comunidad en territorio de los actores armados; en algunas situaciones dilemáticas son espacios concertados a través del dialogo del médico con los actores armados. La plaza del pueblo simboliza un lugar de encuentro para la vida o la muerte, ya que generalmente los ajusticiamientos, los juicios o las brigadas de salud inician en el centro del poblado. Por último, las zonas vedadas, que se transforman en códigos para la población y para el médico, limitan la existencia a través del territorio, pues desconocerlos puede significar la muerte.

Temporalidades. La narrativa permitió estudiar la trama de la situación dilemática y seguir una historia a través del tiempo. Al caracterizar la temporalidad, se realizó una sucesión discreta y abierta de los procesos configurando una totalidad, una identidad temporal que permaneció a través de los años en los médicos entrevistados.

Esta temporalidad se analizó en tres dimensiones: tiempo calendario, tiempo humano y tiempo del acontecimiento.

En primer lugar, el tiempo calendario incluyó el tiempo ‘datable’ o tiempo de preocupación, la forma como se manifestó la acción del médico otorgándole sentido y significación a los hechos relacionados con la situación dilemática. En esta investigación se encontró que el profesional recuerda detalladamente este tiempo en relación al proceso de toma de decisión cuando estuvo circunscrito a situaciones violentas acompañadas de miedo y vulnerabilidad para la comunidad y para sí mismo. La mayoría de procesos de toma de decisión relacionada con el conflicto armado suceden los fines de semana, momento en donde está reunida toda la comunidad; también fue posible identificar el momento del día en que se presentaron las situaciones dilemáticas y su relación con los acontecimientos: *“Porque además matan los domingos para que todo el mundo vea”* (MF337:336).

En segundo lugar, el tiempo humano o de la experiencia como vivencia subjetiva fue enunciado por el médico en relación a dos categorías: la práctica médica y la vulnerabilidad. En cuanto a la práctica médica, el tiempo es configurado en relación con el periodo que lleva ejerciendo como médico: *“Fue cuando estaba haciendo el rural”* o *“Tenía ya como 3 meses de rural (MM222:1-4)”*. Este análisis permitió visibilizar que la gran mayoría de los profesionales se encontraban afrontando su primera experiencia en el ejercicio de la medicina.

En el relato se configura también un tiempo relacionado con la vulnerabilidad del otro y de sí mismo. La vulnerabilidad del otro se vislumbra a través de expresiones que denuncian la imposibilidad del médico para prestar ayuda y lo colocan a la espera ante el dolor de los demás o de incertidumbre para la ejecución de la acción: *“Pasó una hora y no se callaba. Pasó dos horas y no se callaba. Pasaron tres horas y no se callaba”* (MF337:351-353). La vulnerabilidad en relación a sí mismo se referencia en la

narrativa a través de expresiones como: “*porque en cualquier momento se te armaba el combate y esas fueron las ocho horas más largas de mi vida*” (MM222:42-44).

Por último, el tiempo del acontecimiento permitió referenciar las diferentes etapas del conflicto armado colombiano en distintas regiones del país. De esta forma las situaciones dilemáticas en relación con la práctica médica se contextualizaron en relación con las distintas voces de la historia del conflicto, visibilizando la polifonía de los acontecimientos: “*Y ahí después de que se fue el ejercito fue súper tenaz porque bajaron los ‘elenos’ y empezaron la matazón, mas eso ya fue casi al final*” (MF348:322-334).

Rumbos de acción posibles. Estudiar las situaciones dilemáticas a través de las narrativas permitió identificar casos relacionados con el hacer, el poder hacer y el saber-poder-hacer. A través de la acción narrada se logró contextualizar en múltiples dimensiones el proceso de toma de decisión del médico frente a la práctica médica en situaciones de conflicto armado. En los antecedentes revisados no se encontraron estudios de este tipo ya que, en su mayoría, éstos contemplan el proceso de toma de decisión en contextos clínicos y no han sido abordados a través de narrativas.

Los rumbos de acción identificados y analizadas en el capítulo de resultados incluyen un proceso de toma de decisión para el médico entre:

- a) Actuar como médico o el cuidado de sí.
- b) Deber médico o exigencias de otros.
- c) El cumplimiento del protocolo médico o el cuidado del otro.
- d) El deber profesional o la obligación ante necesidad sentida de la población.

En relación con el deber profesional y el cuidado de sí, se contemplaron situaciones que implican para el médico asumir el riesgo para su propia vida que se contraponen al deber profesional. Se registraron los casos: *Todos dieron un paso atrás, decida ya el que se quiera ir, ellos me tienen que dejar entrar, yo me tenía que quedar y me intimidaron por curarlas.*

En cuanto a las exigencias de otros y el deber médico, se hizo visible una contraposición entre el cumplimiento de las exigencias de los actores del conflicto armado y la acción médica. Se incluyeron los casos: *Piense en reubicarse, De bando a*

bando el que necesita tiene, puse mis límites, sale ya con nosotros, se metieron y me tocó irme.

La situación denominada *El cumplimiento del protocolo médico y el cuidado del otro*, permitió identificar rumbos de acción contrarios que enfrentan las guías de acción para determinados eventos con el cuidado. Se identificaron los casos: *El Killer o el paciente, entre la espada y la pared, mentir o salvar la vida y el protocolo de seguridad o la atención médica.*

Por último, la situación que enfrenta el deber profesional y la necesidad sentida de la población permitió visibilizar casos dilemáticos que contraponen el imaginario colectivo sobre la vida y la muerte y el rol del médico en la comunidad. Incluye los casos: *La ceremonia: curar el muerto y el juicio: médico o mediador.*

6.2 Identificación de los principios morales que orientan la toma de decisión en la resolución de situaciones dilemáticas de la práctica médica en el contexto de guerra en Colombia

Para identificar e interpretar los principios morales que orientaron las elecciones de los médicos en la resolución de situaciones dilemáticas de la práctica médica en contexto de guerra, en este estudio se definieron como principios morales un conjunto de normas o valores básicos que se convierten en exigencia para la acción y expresan deberes relacionados con los actos.

En los antecedentes revisados se encontró que en la práctica médica durante las confrontaciones bélicas se presentan casos de violación de principios éticos, principalmente la autonomía y la beneficencia; también, en algunos momentos, se priorizan los principios de la guerra y no los principios médicos. Al mismo tiempo, se destacan grupos de profesionales de la salud que realizan actos de resistencia, privilegiando el deber profesional y la protección de su vida. En esta investigación los principios dilemáticos identificados se analizaron según las situaciones dilemáticas emergentes en las narrativas y según los planteamientos teóricos existentes en la bioética clínica. Posteriormente, se realizó un análisis de los principios emergentes más

significativos para los médicos en sus narrativas. A continuación se presentan estos hallazgos.

Principios emergentes según situaciones dilemáticas identificadas. De acuerdo a las cuatro categorías de situaciones dilemáticas al realizar el análisis de los casos, los principios morales emergentes en cada una de ellas son:

Tabla 42. Principios morales identificados según categorías de situación dilemática y rumbos de acción

Situación dilemática	Rumbo de acción	Principios emergentes
1. El valor de la vida: Actuar como médico o el cuidado de sí.	Actuar como médico	Obligación moral, responsabilidad, neutralidad, imparcialidad, igualdad, cuidado del otro, dignidad, solidaridad, respeto, justicia, valentía, honor propio y amistad
	Cuidado de sí	Integridad propia, cuidado de la familia, cuidado de sí, vulnerabilidad
2. Marcando territorios médicos: ¿Rebeldía o sometimiento?	Rebeldía	Obligación moral, responsabilidad, neutralidad, imparcialidad, igualdad, autonomía, confidencialidad, distinción, prudencia, cuidado del otro, integridad, lealtad, protección de recursos de la población
	Sometimiento	Vulnerabilidad,

		Deber profesional
3. Ser médico: el protocolo o el cuidado del otro.	El protocolo	Obligación moral, imparcialidad, igualdad, cuidado del otro
	El cuidado del otro	Obligación moral, imparcialidad, cuidado del otro, confidencialidad, responsabilidad, igualdad, distinción, derecho a la salud, dignidad, integridad, vulnerabilidad.
4. Más allá de la medicina: el consultorio o el cuidado colectivo	El consultorio	
	El cuidado colectivo	Respeto, humildad, tolerancia obligación moral, solidaridad, sinceridad, dignidad, cuidado, integridad, autonomía.

Al identificar los principios, se observa que la obligación moral, el deber profesional, la responsabilidad, el cuidado, la igualdad, el respeto, la justicia y la autonomía, entre otros, emergen en las diferentes situaciones dilemáticas planteadas. Sin embargo, al realizar un análisis de los casos que componen las situaciones dilemáticas surgen reiterativamente principios que configuran perspectivas de análisis acordes con los rumbos de acción identificados.

En relación a la situación dilemática 1, *El valor de la vida: Actuar como médico o el cuidado de sí*, los principios emergentes significativos para el rumbo de acción ‘actuar como médico’ son, además de los enunciados inicialmente, la valentía, el honor propio y la amistad. Si el profesional elige el cuidado de sí se identifican la integridad propia, el cuidado de la familia y la vulnerabilidad.

Respecto a los principios identificados en la situación dilemática 2, *Marcando territorios médicos: ¿rebeldía o sometimiento?*, en relación con la defensa de la acción médica emergen los principios del derecho internacional humanitario de neutralidad, imparcialidad, confidencialidad, distinción y otros principios como prudencia, lealtad y autonomía. Cuando el rumbo de acción elegido es el sometimiento a las presiones externas de la práctica médica, se identifican el deber profesional y la vulnerabilidad propia.

Los principios identificados en la situación dilemática 3, *Ser médico: el protocolo o el cuidado del otro*, en relación con el cumplimiento de los protocolos médicos se incluyen el deber profesional, la imparcialidad, la igualdad y el cuidado. En aquellos casos donde prevalece el cuidado del otro emergen el derecho a la salud, la dignidad, la integridad del otro y la vulnerabilidad ajena.

Por último, en la situación dilemática 4, *Más allá de la medicina: el consultorio o el cuidado colectivo*, los principios que guían el rumbo de acción que sobrepasa el deber médico son el respeto, la humildad, la tolerancia, la obligación moral, la solidaridad, la sinceridad, la autonomía del médico y la dignidad.

Principios emergentes según planteamientos teóricos de la bioética. En este estudio, al analizar las narrativas de las situaciones dilemáticas se identificaron en la toma de decisión, principios incluidos en las perspectivas bioéticas revisadas en los antecedentes y en el marco teórico: la ética principalista, el derecho internacional humanitario, los principios propuestos por el Consejo Europeo y los derechos humanos. Al mismo tiempo, se visibilizaron otros principios que complementan los planteamientos anteriores y enriquecen la pluralidad en relación a un marco de análisis sobre la toma de decisión del médico, más allá del contexto clínico, que amplían los aportes teóricos para el abordaje de la ética práctica en medicina.

A continuación se presentará cada una de estas perspectivas, haciendo referencia a los principios emergentes y a los aportes que surgieron de los resultados de esta investigación.

Principios desde la ética principalista. En relación con los principios propuestos por la ética principalista se pueden ver en las narrativas la autonomía y la justicia. Sin

embargo, estos principios adoptan en la presente investigación un significado que trasciende el mero velar por el paciente y dar a cada uno lo suyo.

Autonomía. Desde la perspectiva principalista se ha analizado en la relación médico-paciente cómo el respeto del médico asegura la comprensión, la participación voluntaria y libre del enfermo en el tratamiento en un contexto racional, lógico y predeterminado de seguridad institucional donde existe libertad para elegir.

Sin embargo, las fuerzas narrativas enunciadas por los profesionales permiten plantear la autonomía en relación a la toma de decisión médico, es decir, centrada en la forma de actuar del médico y no en el paciente. En esta investigación la autonomía emerge como la capacidad del médico para decidir en situaciones donde los rumbos de acción van más allá de la práctica clínica, pero que hacen parte de su ejercicio profesional en contextos de conflicto armado. Es decir, que al valorar la autonomía como principio que guía al médico, se pudo advertir la presencia de ésta no solamente en el acto autónomo, sino también en la persona que goza de autonomía, pues es ella la que le permite elegir y confrontar el significado de lo que considera como un acto moralmente bueno en relación con el riesgo de su propia vida. Por ejemplo, en el momento en que la médico toma la decisión de no permitir la entrada de combatientes uniformados al centro de salud argumenta: *“Ellos trataban de decir y tal pero yo nada, yo tranquila y puse mis límites y dije es esto”* (MF283:209-210). En este caso la capacidad de autonomía del médico no se limita a la obtención de un consentimiento informado, ya que la toma de decisión se refiere a la capacidad de autogobierno del médico en relación a lo que considera correcto, en relación a no permitir la entrada de combatientes al centro de salud a pesar de ser intimidado y presionado.

La autonomía no se plantea solamente como un principio que obliga a proteger al paciente débil y en condición de vulnerabilidad limitada a un consultorio, sino como un despliegue de la capacidad del médico para defender su convencimiento como persona de lo que considera correcto y se relaciona con el significado simbólico del centro de salud, de la medicina y de su ser como médico. Es más, en este caso existe una constricción amenazante de la libertad del sujeto que toma la decisión y por lo tanto, desde la perspectiva principalista, no existe una autonomía. Estas características

comparten los planteamientos realizados por Pellegrino (1990), pues superan el escenario institucional hospitalario.

Justicia. En la ética principalista la justicia consiste en dar a cada uno lo suyo en relación a una distribución imparcial, equitativa y apropiada de los recursos y gastos de salud. El principio de justicia en esta investigación emerge en la toma de decisión como el derecho a no merecer un castigo o un daño, dado que el médico no ha cometido contravención a norma alguna con sus actos, solamente ha cumplido con su deber profesional: “*Nosotros no nos vamos a ir. Nosotros no hemos hecho nada malo*” (MF337:642-643). Se plantea el hallazgo del reconocimiento en relación recíproca con la comunidad y no solo como una redistribución de insumos y recursos. Lo justo, por lo tanto, se evidencia como aquello que puede ser reconocido en el médico en relación con sus acciones hacia el otro.

Principios desde el derecho internacional humanitario. Al estudiar las narrativas de situaciones dilemáticas en conflicto armado emergen los principios de neutralidad, distinción, imparcialidad y secreto profesional. Los casos donde más se visibilizan estos principios son los relacionados con la defensa de la actividad médica ante los diversos actores armados y la atención de los enfermos, situación que en este trabajo se ha reconocido como “defender territorios para garantizar la salud de la población”.

Neutralidad. La defensa de la neutralidad por parte de los médicos es reiterativa en las narrativas. Los actores del conflicto armado no respetan los servicios de salud ni al profesional que los representa, el médico debe enfrentar sus argumentos con las armas: “*Ustedes no pueden meterse en mi centro de salud con sus armas y con sus camuflados, yo no me puedo meter en sus sitios de vivienda en sus campamentos porque entonces dejaría de ser misión médica neutral*” (MF283:200-203).

Imparcialidad. La imparcialidad consiste en atender a los enfermos sin distinción alguna, sin tener en cuenta el tipo de vinculación con el conflicto armado. En las narrativas de las situaciones dilemáticas emerge frecuentemente como orientador de las acciones médicas: “*Ya sabe de bando a bando el que necesite tiene y nada que hacer*” (MM222:103-104). Sin embargo, en muchos casos optar por esta guía implica

para el profesional priorizar la atención y defensa sobre su propia seguridad: “*Entonces yo tenía que atender a los matados y al matador*” (MF337:62).

Distinción. La distinción se visibiliza cuando el profesional exige protección especial para su misión y servicio como médico, principio que no es respetado por los diferentes actores armados: “*Yo soy una médica y ustedes son unos combatientes*” (MF283:199).

Confidencialidad. El principio de la confidencialidad orienta el rumbo de acción en casos donde los actores armados exigían información médica a los profesionales. Mediante ella, la defensa del secreto profesional se prioriza como deber y guía de acción: “*Nada son cosas que a usted no le incumben*” (MF283:223).

Principios desde el Consejo Europeo (Rendtorff y Kemp). En relación con este planteamiento, son evidentes los principios de integridad, dignidad y vulnerabilidad. Sin embargo, es de anotar que esta perspectiva se enfoca a la relación médico paciente en el ámbito clínico, por lo tanto, los hallazgos de esta investigación amplían el alcance de la propuesta que involucra las decisiones del médico como un sujeto activo inmerso en un contexto social, cultural y político.

Integridad. Es así como el principio de integridad, que emerge en los casos analizados, involucra la totalidad del ser médico en las diferentes situaciones dilemáticas y se expresa no solamente como un clamor moral del ser humano, sino que incluye también una virtud del médico en su relación con los otros. La integridad del otro es valorada como la protección de la totalidad de la vida que no debe ser destruida, como lo plantea Pellegrino (1990), sin embargo este autor se refiere solamente a la toma de decisiones del paciente respetando su integridad. En los resultados de esta investigación se visibiliza una integridad referida a la protección del otro o de sí mismo como ser humano en todas las esfera de la vida, como un ser en el mundo. Por ejemplo, en el *caso 16. La ceremonia: curar el muerto*, el principio de integridad del médico se observa cuando al tomar la decisión de embalsamar el cuerpo visibiliza la totalidad de los otros que confían en su capacidad de sanación: “*Entones me porté lo mas de bien como en una ceremonia. Entonces se hicieron alrededor, iban rezando el rosario... los niños, estaban los viejitos y yo les dije: - ¿por qué no traen unas flores para su papá? Entonces los niños se fueron por unas flores.*” (MM306:674-676).

Dignidad. La dignidad emerge en la toma de decisión, no simplemente como un atributo que corresponde al médico en su trato con el paciente. En esta investigación, ello implica el reconocimiento del otro, reivindicando el carácter valioso del ser humano. El médico a través de este principio reconoce al enfermo como un ser en sí mismo, como una persona en su totalidad. Por lo tanto, el carácter de la dignidad como principio emergente en este trabajo involucra un estado ético relacional de reconocimiento. Una obligación que representa un compromiso con el otro más allá del deber profesional: “*Segundo porque bueno, esta gente... si uno no va entonces ¿a quién llevan?... ¿a quién llevan? y ¿en qué condiciones las va a tratar a las pobres?*” (MM232:207-210).

Esta noción de dignidad devela la exigencia del médico sobre sí mismo y el compromiso con la comunidad más allá de su mediación con el cuerpo enfermo, reconoce situándose en una estructura simbólica de sanador. Esto lo ubica en una estructura intersubjetiva en la cual el médico mantiene relaciones reciprocas con el enfermo en un marco de entendimiento de sus necesidades de experiencia vital: “*Entonces yo cogí, le quite la camisa, le quite todo. Yo pedí las toallas y el agua tibia. Entonces cogí lo lavé con las toallas, le lavé la sangre, lo acomodé bien bonito, así bien limpiadito. Le dije a la señora que trajera la mejor ropa del señor. Una peinilla, le peinamos el pelo. Total todo ceremonioso. La ropa pues en una bolsita que ayúdenme a ponerle la ropa nueva, alguien le prestó zapatos porque el señor no tenía. Le pusieron zapatos, camisa. Trajeron una loción, le echaron una loción*” (MM306:687-693).

Vulnerabilidad. Este principio implica reconocer la fragilidad del hombre, posición que demanda cuidado y responsabilidad. En relación con la toma de decisión del médico en el contexto bélico indagado, que esta vulnerabilidad permita complementar la anterior afirmación emerge en dos sentidos: hacia el otro y hacia sí mismo. Reconocer la fragilidad del otro en la toma de decisión permite al profesional optar por rumbos de acción que implican un compromiso más allá de la inestabilidad física que representa una enfermedad. Los hallazgos investigativos develan un significado de la medicina y su practica en relación con la sociedad, un colectivo que transfiere al médico simbólicamente la defensa de la vida en todas sus dimensiones: “*La parte más débil del pueblo eran las niñas*” (MM259:83).

La vulnerabilidad hacia sí mismo se convierte en un hallazgo novedoso, ya que esta categoría no se había visto en los antecedentes revisados; el médico se reconoce como sujeto frágil, que expone su ser en cumplimiento de una obligación moral con los otros: *“Yo lo único que hice fue hacerme detrás de una columna y esperar que por el frente de la ventana donde yo estuviera no entrara ningún tiro”* (MF123:76-78).

Los principios desde la perspectiva de los derechos humanos. Esta perspectiva plantea obligaciones en la relación médico paciente que permiten incluir el contexto del enfermo y trazar límites que defienden en primer lugar el derecho a la vida y a la libertad. En los resultados de esta investigación se identificaron principios como la dignidad, la integridad, la protección de la vulnerabilidad y la justicia; ya revisados en los párrafos anteriores. Adicionalmente emergieron la igualdad, el respeto y la solidaridad. Estos principios se complementaron acorde con las fuerzas narrativas identificadas en cada uno de los casos analizados en relación al proceso de toma de decisión en el contexto del conflicto armado colombiano.

Se observa que la perspectiva de derechos humanos para el estudio del proceso de toma de decisión en situaciones dilemáticas permite integrar los principios enunciados en las diferentes propuestas bioéticas. De acuerdo con lo hallado en este trabajo, la práctica médica en el contexto de guerra se desarrolla en condiciones de coacción y riesgo para la vida, situación que contradice la premisa principal del derecho a la vida y a la libertad. Bajo estas circunstancias el médico no estaría sometido a una obligación más allá de la que tiene consigo mismo, ya que la defensa de su vida y de su libertad sería racionalmente aceptada como máxima universal. El análisis de las situaciones narradas por los profesionales permiten comprender que el médico opta por rumbos de acción que colocan en segundo plano su vida y su libertad, priorizando la obligación moral en relación con la vida de los otros.

Igualdad. La igualdad en este estudio representa para el médico la aceptación de los derechos del paciente, al mismo tiempo que lo reconoce como sujeto de obligaciones: *“No no, a mi aquí me dijeron que yo tenía que atender era a los civiles que vinieran a este lugar y tengo suficiente provisión para atender civiles y no tengo que cobrar cuando son urgencias y niños, a mí ya me pagan por mi trabajo”* (MM306:523-527). Esta fuerza narrativa en el contexto de la atención de los familiares

de actores armados, evidencia la capacidad del médico para reconocer al otro desde la diferencia, como lo plantea Fraser (2006), permitiendo el mínimo de umbrales para la distribución. En este caso se presenta la participación como iguales en la vida social e involucrando al médico como actor político y social.

Solidaridad. Para Honneth (1997), la solidaridad permite al sujeto percibir cualidades suyas como valiosas en función de objetivos colectivos considerados relevantes. Los casos analizados incluidos en la situación dilemática 4, *Más allá de la medicina: el consultorio o el cuidado colectivo*, permiten comprenderla como una forma de auto-reconocimiento del aporte que el médico puede realizar a la comunidad y a las metas colectivas, integrándolo a la vida social y realizándose a través de sus cualidades: “*El señor ya está muerto, obviamente da igual que se le ponga el formol yo o usted. Pero los que están vivos al rededor lo van a entender distinto. Usted no se da cuenta de que si un médico cura el cadáver los familiares se van a sentir más aliviados. Es por la viuda, es por los niños médica. Usted tiene que aprender esas cosas. Eso también es medicina y eso. Usted va a curar ese cadáver por los vivos*” (MM306:604-609). Esta solidaridad amplía el marco de acción del médico en relación con los deberes de su profesión y permite enriquecer la propuesta cimentada en los derechos humanos.

Respeto. En este estudio el respeto se vislumbra como un principio que guía al médico en el reconocimiento del otro y se manifiesta en acciones que permiten valorarlo desde su existencia, sus creencias y sus imaginarios en relación a la vida, la muerte y la salud. Por ejemplo, cuando el médico acepta el error inicial que comete al no considerar el significado que le otorga la comunidad y la familia del ajusticiado en el pueblo a la curación del cadáver y reconoce el valor de la acción expresa: “*Por favor discúlpeme que yo fui muy brusca con usted pues es que pues estaba muy asustada, pero eso no tiene perdón*” (MM306:699-700).

Otros principios significativos emergentes en las narrativas. A continuación se realizará un análisis para la comprensión de otros principios identificados que amplían el marco de comprensión de la toma de decisión en situaciones de conflicto armado: la obligación moral, la responsabilidad, el cuidado, la tolerancia, la sinceridad, la amistad, la honestidad, lealtad, el honor, valentía y la humildad.

Obligación moral. El principio que subyace permanentemente en la toma de decisión de los médicos en las situaciones dilemáticas narradas es la obligación moral. En los resultados de este estudio se presenta el deber profesional referido a los casos en que el médico opta por una acción que se encuentra enmarcada dentro de los lineamientos profesionales. Sin embargo, la obligación moral como principio que pertenece a la ética y la política, se identifica cuando el médico actúa por convencimiento interno en relación a lo que considera debe hacer, superando el riesgo de su propia vida. Como ejemplo de ello, se tiene el compromiso visibilizado en el caso 1, *Todos dieron un paso atrás*, de la situación dilemática *El valor de la vida: actuar como médico o el cuidado de sí mismo*, en el momento en que la médica elige participar en la brigada de salud a pesar del riesgo que expone su integridad, se entiende que prioriza el derecho de la vida y la salud de la comunidad: “*Uno en ese momento es como prestador de su deber*” (MF123:12). El reconocimiento de los otros como lo plantea Honneth (1997), permite establecer vínculos internos del profesional con la exigencia de participación en el servicio médico que representa las necesidades de la población. La acción desde esta perspectiva tiene un valor moral, ya que opta por los derechos de los demás incluso sobre el derecho de su propia vida. En el caso 3, *Ellos me tienen que dejar entrar*, se descubre un aspecto moral de la relación de reconocimiento coherente con los deberes de cuidado emocional, más allá de cuerpo físico, construyendo a través de la subjetividad una relación con el otro: “*Usted sabe que yo soy la médica y que yo tengo el deber de atenderla y yo no voy a dejar esa señora psicótica más tiempo allá.*” (MF337:399-400).

La enunciación del deber en relación a la defensa de la vida en las narrativas visibiliza un auto reconocimiento del médico de sus potencialidades al servicio de los demás: “*Igual yo tengo la obligación, era exactamente la misma obligación con cualquiera de los dos y con quien quiera que esté en medio*” (MM222:65-67), incluso dejando de lado sus sentimientos hacia el necesitado: “*¡Ay no!...eso era complicado. Yo me sentía muy mal. Pero el tipo de verdad se sentía mal, le aseguro que sí, estaba enfermo. Y con el tipo la relación era estrictamente profesional.*” (MF337:81-83).

Responsabilidad. Según los resultados emergentes el principio de la responsabilidad en la práctica médica en el contexto del conflicto armado se hace

evidente en relación con el otro, no solamente con el deber profesional. Es decir, la responsabilidad identificada en esta investigación comparte características planteadas por Jonas (1979): totalidad, continuidad y futuro.

La responsabilidad como correlato de poder del médico le da una capacidad de reconocer las circunstancias particulares de su práctica y orientar las consecuencias de sus actos. Por ejemplo, en situaciones dilemáticas donde el médico debe elegir entre seguir los protocolos de su profesión o responder ante las necesidades del otro que involucran la vida, prioriza acorde con el contexto la respuesta de la defensa de la vida, analizando las consecuencias del acto, la continuidad de la vida en el futuro y la totalidad del sujeto con su historicidad: *“Pero eso era terrible, era una romper el protocolo, ni la tenaz. Eso no se podía hacer pero ¿cómo se dejaba un niño tirado?”* (MF378:488-489).

Ser responsable, desde los planteamientos de Camps (2003), significa responder a una exigencia hecha por los otros, con los cuales se ha establecido un compromiso. En este estudio la comunidad espera del médico un compromiso hacia la defensa de la vida, más allá del consultorio médico, exigencia que permite al profesional decidir y actuar como sujeto político autónomo. La responsabilidad emergente tiene carácter social y moral. Como puede verse en el caso 17, *El juicio: médico o mediador*, la responsabilidad refleja un compromiso con la convivencia justa que permite la defensa de lo que se considera valioso: *“No nos podíamos quedar aquí callados a que mataban catorce niñas”* (MM259:143-144).

Este hallazgo permite concluir que los médicos entrevistados no se limitan a una responsabilidad legal con sus pacientes en un contexto institucional hospitalario. Ellos reconocen su labor como defensores de la vida más allá de la misma exigencia profesional en condiciones de riesgo: *“Alguien tiene que ir y pues yo me ofrecí”* (MF123:15).

La investigadora Camps (2003), propone una responsabilidad objetiva relacionada con la reparación del daño que no tiene culpable directo, previniendo daños mayores. Una ilustración de este principio se obtiene en el caso 13, *Mentir o salvar la vida*, incluido en la situación dilemática 3, *Ser Médico: el protocolo o el cuidado del otro*, en donde el médico involucrado opta por mentir a los paramilitares sobre el estado

de salud de la mujer, protegerla y hacerle un legrado para evitar que fuera asesinada por estar en embarazo: “Y me tocó llevármela en plan misterio misterioso en una clínica privada chiquitica que era un chuzo, allí me tocó hacerle el legrado... y ya” (MM232:162-165).

La responsabilidad aquí presentada admite un nuevo marco de interpretación para la ética aplicada en medicina. El médico es responsable al ser capaz de responder por alguien ante los demás y por querer hacerlo. Ejemplo ilustrado también en el caso 3, *Ellos me tienen que dejar entrar*, donde el profesional expone su vida y por encima de sí mismo opta responsablemente por el cuidado de la paciente: “Ella seguía gritando, gritando, gritando. Entonces yo le dije: ‘señora mire, yo soy la médica... siéntese aquí que yo la voy a tranquilizar, yo la voy a examinar. Déjeme que la examine’. La convencí de que se sentara y empecé a darle sinogán en un vasito: le echaba góticas de sinogán y le daba. Le iba tomando la tensión y le iba poniendo el tensiómetro y se me empezó a bajar la tensión. Ya estaba un poco más tranquila pero nunca dejó de gritar y no se durmió” (MF337:461-466). Este querer hacerlo evidencia que la acción no solamente depende de la voluntad y de la razón, sino que implica un sentimiento y una identificación con el otro como lo plantea Arendt (1993), en su escrito *La condición humana*.

Cuidado. En la presente investigación este principio emerge en dos circunstancias: el cuidado del otro y el cuidado de sí. El cuidado del otro, como lo plantea Noddings (2005), se fundamenta en las necesidades humanas y en relación con el mundo. Los médicos entrevistados actúan guiados por el cuidado según la situación en la que se encuentran, acorde con las capacidades y recursos que poseen: “Nos tenemos que parar en la puerta porque somos el equipo que tiene que tranquilizar a los familiares” (MF378:313-314). El profesional valora la necesidad de cuidado según el individuo, la comunidad y su historia: “Yo nunca había pensado eso, pero entendí que eso era una acción para curar mentalmente a la gente: ir a curar un cadáver” (MM306:626-628). El afecto hacia el otro entreteje el cuidado y la obligación moral permitiendo al médico valorar su deber con la vida más allá de su ejercicio clínico, involucrando su actuar con el contexto: “Yo pensaba qué podía decir para salvarles la vida (MM259:70-71). Estos hallazgos evidencian que el médico, en el momento de la

toma de decisión, tiene en cuenta no solamente las condiciones clínicas del paciente, sino que valora el entorno al sujeto inmerso en su realidad, develando la responsabilidad de cuidado ante la vulnerabilidad que asume en la comunidad. Es necesario indicar que no se encuentran diferencias en relación a las argumentaciones narradas por los profesionales en relación al género como puede verse en los ejemplos anteriores.

En el contexto bélico se visibiliza el cuidado de sí cuando la toma de decisión se da en situaciones que amenazan la propia vida y el médico decide protegerse a sí mismo: “*Luego también sopesabas la cosa de ¿qué era peor? y seguramente lo peor era no ir, primero porque no es muy buena idea negarse a hacerles un servicio a esta gente*” (MM232:205-207). En algunos relatos este cuidado implica el desplazamiento de territorio, mostrando que los profesionales también se ven obligados a huir ante las agresiones de los actores armados: “*...pues me toca irme... empaqué todo como para irme muchos días al área rural, allá mi salvadora era el área rural, alrededor de todo el mundo*” (MF348:191).

Las virtudes como principios. Los planteamientos relacionados con la teoría de la virtud, permiten visibilizar que la acción es motivada por sentimientos y deseos de orden individual relacionados con los hábitos y el carácter del ser humano. En esta investigación, al analizar el proceso de toma de decisión, emergieron actitudes de vocación médica que, según Gracia (1998a), “configuran los hábitos y el carácter del médico”.

Al estudiar las situaciones dilemáticas emergieron diferentes virtudes relacionadas con el tipo de situación, los protagonistas y el rumbo de acción que sometía al médico a un proceso de toma de decisión, pudiendo caracterizar así ciertas virtudes acordes con una elección determinada. En aquellas relacionadas con *El valor de la vida: actuar como médico o el cuidado de sí*, se hicieron patentes la valentía, el honor y la amistad. En la situación dilemática 2, *Marcando territorios médicos: ¿Rebeldía o sometimiento?*, sobresalen la prudencia y la lealtad. Finalmente en la situación dilemática 4, *Más allá de la medicina: el consultorio o el cuidado colectivo* emergen la tolerancia, la sinceridad, la honestidad y la humildad.

Valentía. Al analizar el proceso de toma de decisión, la valentía como virtud representa la fuerza de voluntad que puede tener el médico para continuar con una

acción; en este caso, velar por la salud de la población a pesar de la adversidad que representa arriesgar su vida en una brigada de salud en las zonas de conflicto, permitiéndole actuar y mantenerse en su decisión a pesar de las circunstancias: *“Todos dieron un paso atrás yo quedé adelante”* (MF123:13-14). Otro ejemplo que relaciona la valentía, se configura en el momento en que el médico participa en el juicio que realiza la guerrilla a las jóvenes utilizadas como informantes por el ejército, a pesar de las circunstancias: *“Yo tenía miedo. Pues yo pensaba que a mí me iba a pasar algo”* (MM259:66-67). El profesional a pesar de todo mantiene su decisión de hablar en defensa de la vida: *“Entonces levanté la mano. También levantó la mano el profesor y levantó la mano el juez”* (MM259:61).

Honor. En el proceso de toma de decisión el honor representa el cumplimiento de los deberes respecto al otro, arriesgando la vida misma: *“Me tocó, como por una cuestión como de honor, quedarme”* (MF123:63). El médico reconoce un compromiso en relación a sí mismo y su imagen ante los demás, su ser en el mundo en relación a los otros.

Amistad. En relación a la amistad, Gadamer(1999) la considera lo propio y lo acostumbrado, la cercanía y la intimidad de uno mismo con el otro. El médico hace referencia a este valor cuando convive con los demás en su labor de defensa de la vida: *“Uno descubre quienes son los amigos porque la gente que se nos acercó a hablarnos, nos ofreció tinto y todo eso eran los bien. Los demás...la gente estuvo súper alejada de nosotros. Nadie fue a consulta, nadie nada. Solo la enfermera hablaba conmigo. Así como los más amigos, los que vivían en mi casa hablaban conmigo casualmente”* (MF337:644-648).

Prudencia. Se considera una virtud que permite distinguir entre lo que es bueno o malo, conlleva buen juicio, cautela y moderación. Este principio, en los casos analizados, se relaciona con la defensa de la misión médica en el contexto bélico, orienta el rumbo de acción que traza límites a los actores armados: *“Yo no puedo hablar con ustedes más de diez minutos aquí porque no tengo ni idea de cómo todos los que me están mirando están interpretando que yo hable más de diez minutos con unos combatientes armados”* (MF283:182-184).

Lealtad. Representa cumplimiento del bien con quien lo merece, la fidelidad que un sujeto le debe a su comunidad o a sí mismo, en el caso del médico está referida a la población y a los pacientes, cuando se protegen los recursos de salud o se custodia la información médica: “*Me voy a ir a ver mis pacientes’. ‘Déjeme ver cuales pacientes’, me dijo. ‘No señor, que pena pero esos son registros médicos. Hasta luego’*” (MF348:279-280).

Sinceridad, honestidad y humildad. Según los planteamientos de Nussbaum (1993) la sinceridad, la honestidad y la humildad constituyen grandeza del alma. En los resultados de esta investigación, representan para el médico aceptar las limitaciones en su formación y reconocer ante la comunidad que aún tiene algo que aprender: “*Me acaba de hacer entender que: sí, claro eso es una labor de médico que no me enseñaron*” (MM306:631-632). Este reconocimiento de sus falencias y debilidades se convierte en una forma de humanizar la medicina ya que, según el imaginario colectivo, el médico es infalible dado que posee el conocimiento que traza el límite entre la vida y la muerte. La sinceridad descubre a un ser humano en capacidad de aprender del otro y lo acerca más al entendimiento del paciente a través de la identificación de la sencillez del mundo de la vida: “*Lo que pasa es que yo no había entendido que embalsamar cadáveres fuera tan importante.*” (MM306:629-631).

Tolerancia. Por su parte la investigadora López de la Vieja (2000) considera que la tolerancia, implica soportar y admitir algo hacia lo cual se tiene inicialmente una actitud negativa. Los hallazgos del presente trabajo en relación a esta virtud, permiten evidenciar la actitud del médico que en el proceso de toma de decisión pretende corregir una situación negativa de ausencia de respeto, al reconsiderar la necesidad de la población: “*Pues bueno, esto es de lo más exótico que a mí nunca se me hubiera ocurrido. Pero este señor tiene toda la razón.*” (MM306:613-615).

Finalmente, se puede concluir que los principios que guían la toma de decisión de los médicos en situaciones dilemáticas en el conflicto armado no corresponden únicamente a una lógica racional universal de obligaciones que responde a la voluntad de actuar autónomamente siguiendo una ley, sino que incluye componentes circunstanciales donde, a pesar de las constricciones del médico para elegir, se

visibilizan virtudes, derechos y valores que comprometen su acción en relación con los otros.

6.3 Identificación y comprensión del proceso de toma de decisión en las situaciones dilemáticas en escenario de guerra

Para identificar y comprender el proceso de toma de decisión en las situaciones dilemáticas en el contexto del conflicto fue necesario examinar la resolución y las vías de toma de decisión de los médicos. En este trabajo se consideró que el proceso de toma de decisión incluye los procedimientos y formas de análisis para la resolución de los problemas planteados donde uno o varios principios se enfrentan.

Las situaciones dilemáticas ya fueron presentadas en el capítulo de resultados y en el primer y segundo punto de este acápite se analizaron los dilemas y los principios que emergen para la resolución de los mismos. A continuación se presenta el análisis del proceso de toma de decisión según las propuestas de la ética procedimental, deliberativa y hermenéutica.

Posteriormente, se expone el análisis del proceso de toma de decisión de acuerdo a los hallazgos de la investigación de la práctica médica en el contexto del conflicto armado colombiano

6.3.1 Toma de decisión según las propuestas de la ética procedimental, deliberativa y hermenéutica

Ética procedimental. En el análisis de la práctica médica, la propuesta hegemónica está enmarcada en los lineamientos kantianos de la voluntad, la obligatoriedad y la razón. Según esta teoría, los principios permiten identificar los deberes objetivamente a través de un razonamiento sistemático que califica las acciones como correctas o incorrectas desde normas previamente acordadas y racionalmente aceptadas (Tom Beauchamp, 1996).

Gracia (1991) plantea además una jerarquía entre los principios morales: el de no maleficencia y el de justicia son impuestos y exigidos por la sociedad, considerándolos

una ética de mínimos, mientras que el de la beneficencia y la autonomía no pueden ser impuestos a nadie, dependen de posturas personales y se consideran una ética de máximos; en caso de presentarse dilemas, se da prelación a los principios de primer nivel.

En esta investigación se hizo evidente que el médico no siempre realiza este proceso de toma de decisión, ya que se enfrenta a resolver situaciones particulares donde los principios previamente aceptados para el ejercicio clínico institucionalizado no involucran los saberes, las creencias ni las situaciones que se presentan durante la práctica médica en el contexto de conflicto armado. Profesionalmente, el médico se enfrenta a situaciones dilemáticas que en la mayoría son ajenas a la práctica clínica cotidiana y su decisión se da apelando a razones que extralimitan esta práctica.

Los casos emergentes en los que el médico limita su elección exclusivamente al deber profesional son escasos y se refieren a la elección del cumplimiento de la atención al otro en condiciones de subordinación ante los diferentes actores armados, esta situación contradice el postulado relacionado con la voluntad y la libertad de elección, ya que el médico no tiene posibilidad de autodeterminación, ni la libertad de su arbitrio y sin embargo apela al deber para dar cumplimiento a su labor.

El criterio de universalidad es limitado, ya que las máximas priorizadas no implican la aceptación por todos los afectados. Lo anterior se puede ver en los casos incluidos en la situación dilemática 3, *El protocolo o el cuidado del otro*, donde los profesionales priorizan otros principios que favorecen la defensa de la vida y el cuidado del otro más allá del compromiso con la práctica médica, identificando una obligación moral que se realiza con convencimiento.

En relación al planteamiento relacionado con tratar a las personas como un fin en sí mismas como lo propone Kant (1785/ 2002), se encontró que los médicos en sus narrativas priorizan en la mayoría de los casos la vida, el cuidado y la integridad de las personas incluso como se evidencia en la situación dilemática 4, *Más allá de la medicina: el consultorio o el cuidado colectivo*, traspasando el centro médico y los lineamientos incluidos en los parámetros de formación para la profesión médica.

Ética deliberativa. Esta perspectiva propone estudiar la toma de decisiones morales desde la racionalidad, el lenguaje y la acción.

La argumentación y deliberación propuesta por Habermas (1987) para obtener consensos se vislumbra en algunos casos de la situación dilemática 1, *El valor de la vida: actuar como médico o el cuidado de sí*, la situación dilemática 2, *Marcando territorios médicos: ¿Rebeldía o Sometimiento?* y en los casos incluidos en la situación dilemática 4. *Más allá de la medicina: el consultorio o el cuidado colectivo*. Sin embargo, los hallazgos de este estudio permiten concluir que esta negociación se dio en la mayoría de los casos en condiciones de coacción y asimetría, ya que existió intimidación por parte del actor armado que finalmente no impidió llegar a un acuerdo pero que limitó la autonomía del médico para elegir los fines y las metas comunes. Por lo tanto, no se está ante condiciones que responden únicamente a la fuerza del mejor argumento, pues en este caso emerge la racionalidad instrumental de la negociación mas no del diálogo.

La acción comunicativa para coordinar planes de acción por medio del consenso en el contexto del conflicto armado se presentó cuando el médico asumió el riesgo de traspasar los límites impuestos por los actores armados que no respetaron la misión médica y estableció acuerdos que le permitieron realizar brigadas de salud, prestar servicios médicos y defender el principio de la vida. En relación a la justificación de la acción, se encontró que el profesional invocó en algunos casos la normatividad vigente de una forma racional, apelando a los principios del derecho internacional humanitario para la legitimación de su actuar.

No obstante, contrario a lo planteado por Habermas (1987), para la resolución de esas situaciones dilemáticas no siempre existe imparcialidad ni universalidad de los acuerdos. Se evidenció que el médico en algunos momentos actuó respondiendo a la necesidad de cuidado y defensa de la vulnerabilidad, contraviniendo las normas consensuadas, ejemplos caracterizados en la situación dilemática 3, *Ser médico: el protocolo o el cuidado del otro*, en el caso 15, *El protocolo de seguridad o la atención médica*.

La racionalidad comunicativa emerge claramente en el caso 16, *La ceremonia: curar el muerto*, pues se hizo evidente una condición ideal de comunicación en el momento en que, a través del dialogo, la comunidad logró argumentar al médico la

necesidad de que participara en el embalsamamiento, con el fin de sanar a la familia del ajusticiado y a la comunidad que presencié el acto.

Ética hermenéutica. Ricoeur(2008a) considera la relación médico-paciente como un pacto de cuidados donde existen tres niveles de juicio médico: el prudencial, el deontológico y el teleológico. Estos juicios son emitidos por el médico a través de afirmaciones propias del proceso terapéutico.

El nivel prudencial se representa en la singularidad, la indivisibilidad y la estima de sí y se fundamenta en la confianza como pacto de cuidado. En las situaciones dilemáticas analizadas se evidenció que predomina la desconfianza y la sospecha, ya que la mayoría de ellas se presentaron en un contexto de coacción y amenaza. Por lo tanto, el pacto de cuidado emerge como resultado de otras motivaciones del médico, relacionadas más con la fragilidad que en la confianza mutua.

En relación con el nivel deontológico, se observó que las condiciones de la práctica médica en el conflicto armado descritas en este trabajo impiden muchas veces establecer una relación médico-paciente tradicional y contractual como la descrita por Ricoeur, dado que el secreto médico, la información al paciente y el consentimiento informado son constantemente vulnerados.

En cuanto al nivel reflexivo, se observó que el análisis de los códigos deontológicos y la fundamentación de las normas en relación con el cuidado desde la perspectiva de las concepciones del otro en cuanto a la salud, la enfermedad y la felicidad, entre otros, se realizó por los profesionales de la salud con frecuencia. Este juicio permitió en muchas de las situaciones dilemáticas llevar a cabo un proceso de toma de decisión incluyente y acorde con la valoración del otro.

El proceso de toma de decisión desde la perspectiva hermenéutica, implica combinar los juicios deontológico y reflexivo con el fin de argumentar e interpretar las reglas acordes con el caso del paciente para llegar a una decisión. Este proceso, que se refleja en las narrativas de los médicos en el contexto del conflicto armado colombiano recolectadas, no parten de una relación médico-paciente en igualdad de circunstancias y, por lo tanto, pocas veces se realiza la deliberación en forma consensuada con familiares, equipos médicos y comités, condiciones que, para Ricoeur, son indispensables en la toma de decisión con producción de sentido.

Hallazgos relacionados con la toma de decisión en la práctica médica en el contexto del conflicto armado colombiano.

Al realizar el análisis del proceso de toma de decisión en las situaciones dilemáticas identificadas en esta investigación, se encontró que el médico apela principalmente a:

- a) Sentimientos morales
- b) La noción que tiene del otro
- c) La capacidad de alivio y sanación
- d) El tipo de mal
- e) Los límites entre su vida pública y su vida privada

A continuación se presentará cada uno de ellos.

Sentimientos morales. Los sentimientos morales para Habermas (2007) contribuyen a la resolución de los dilemas que se presentan en la interacción con los otros a través del reconocimiento recíproco. En esta investigación se encontró que los sentimientos morales surgen durante el proceso de toma de decisión en las situaciones dilemáticas y originan vínculos intersubjetivos entre el médico, los pacientes, la comunidad y los actores armados.

Los sentimientos morales, para Habermas (1994) tienen un contenido cognitivo-comunicativo, pues se refieren a la práctica, y se relacionan con la validez de las normas morales. Por ejemplo, en los casos 1, *Todos dieron un paso atrás*; 2, *Decida ya el que se quiera ir*; 3, *Ellos me tienen que dejar entrar*; 5, *Me intimidaron por curarlas*; 13, *Mentir o salvar la vida*; 15, *El protocolo de seguridad o la atención médica*; 16, *La ceremonia: curar el muerto*; y 17, *El juicio: médico o mediador*, los sentimientos de miedo, indignación, culpa y compasión se expresan en juicios de valor y constituyen los motivos de la acción. De esta forma, el profesional reacciona ante los ultrajes que sufren las personas, comprometiéndose activamente con la defensa de la dignidad y la vida.

El miedo prevaleció en la mayoría de los casos y se produjo ante la amenaza de la supervivencia propia o del otro. Para Camps (2012), el miedo ayuda a evitar males y se convierte en emoción protectora que puede bloquear a quien lo padece, inhibiendo los

deseos y la capacidad de elegir. En este estudio, la intimidación, el irrespeto a la misión médica, los ajusticiamientos y las retenciones ilegales ejercidas por los actores del conflicto armado fueron el origen del miedo; sin embargo, en la mayoría casos analizados, el médico tomó la decisión de actuar argumentando su obligación moral ante la vida

El miedo deliberativo descrito por Bauman (2010), implica el sentimiento de ser susceptible ante el peligro y se convierte en orientador de la conducta. Para el médico, éste estuvo presente en las situaciones dilemáticas como incertidumbre ante la amenaza de daño al cuerpo (asesinato, maltrato sexual, físico, psicológico), a las propiedades (centro de salud, vacunas, vivienda), a la supervivencia (de él, su familia y los otros) y a la identidad (de sí mismo como médico y de los otros como seres humanos con derecho a una vida digna).

El médico enfrentó el miedo blindándose con argumentos, símbolos y estrategias. Los argumentos le permitieron expresar: *“no maten a las niñas”* o *“no sé embalsamar, yo curo vivos, tengo miedo pero aun así actúo”*. Los símbolos que utilizó para protegerse fueron parte de su investidura de médico como un ritual para la sanación: la bata, el fonendoscopio y el tensiómetro. Las estrategias incluyeron refugiarse en las brigadas de salud, la tergiversación de la verdad y el cambio del protocolo.

La culpa, para Camps (2012), se relaciona con las deficiencias del sujeto para prever las consecuencias de lo que hace y comprender la causalidad entre unas acciones y otras. En esta investigación, emerge ligada al desconocimiento del médico del quehacer simbólico de la comunidad en aquellas situaciones dilemáticas que implican elección entre la práctica clínica convencional y el cuidado colectivo. Cuando el profesional se dio cuenta de que había ignorado la norma consensuada de la comunidad en relación a los rituales de los ajusticiados, manifestó culpa y reaccionó como plantea Habermas (1994), evitando el resentimiento y logrando acuerdos que se concretaron en acción; justificándose en las deficiencias de la formación recibida en la universidad y pidiendo disculpas a la familia del muerto.

Desde la perspectiva habermasiana, la indignación es la reacción que se tiene contra un agravio que se produce contra otro. Los casos relacionados con el maltrato e

irrespeto de la vida sexual de las mujeres, la utilización de niños y jóvenes como herramienta de guerra y la violación de la misión médica por parte de los actores armados generan un sentimiento de censura por parte del médico.

La compasión, para Nussbaum(2008) está constituida por tres juicios: el de importancia, el no merecimiento y la preocupación. Los profesionales del estudio valoraron que los niños y jóvenes, los familiares de los ajusticiados y las mujeres sufrieron pérdidas de importancia en el contexto de la guerra. Además, no merecían recibir el mal al que fueron víctimas y consideraron que estas personas hacían parte del ámbito de preocupación del médico y su profesión. Así, el sentimiento de compasión se presentó principalmente en relación con los niños y la guerra, los familiares de ajusticiados y las mujeres víctimas de violencia en la guerra.

La noción que se tiene del otro. El médico, en relación a la toma de decisión en las situaciones dilemáticas, evidenció que tiene juicios, deliberaciones y argumentaciones en razón de sentimientos que lo llevaron a actuar si bien valora la noción del otro en relación a la fragilidad y la vulnerabilidad de éste. La fragilidad se evidencia en el momento en que el médico asume la responsabilidad de protección y cuidado del otro como parte de su deber moral; por ejemplo, cuando elige mentir a los paramilitares sobre el embarazo de la joven reclutada con el fin de defender su vida. Esta fragilidad conlleva extender los límites de la obligación moral y a exigir ante los victimarios respeto y dignidad para las víctimas: *“Esto esta encarnizado, así nadie los va a respetar más porque ustedes maltraten a una mujer así... yo no le voy a quitar estos cadáveres de aquí, haga el escarnio con ellos”* ” (MF337:410-414).

En relación a la noción del otro en las argumentaciones, el médico sentó su posición como apoyo del paciente desfavorecido, pobre y humilde, en condiciones miserables e indignas: *“Era una covacha campesina de tablas, así de una sola pieza de piso de tierra y tenía las camitas hechas en el piso con tablitas y ladrillos así... y no tenían mesa de comedor ni nada, sino como un comedor hecho con tablas... todo eran como tablas y una cocinita allá”* (MF337:382-383).

El tipo de mal. Otro elemento importante que emergió en el momento de la toma de decisión de los médicos entrevistados se relaciona con el tipo de mal que sufrieron las personas. El mal para Bauman (2010) es aquello que desafía y hace añicos esa

inteligibilidad que hace al mundo habitable. Es decir, las situaciones que representaron para el médico ese desafío y orientaron su rumbo de acción fueron los casos de violencia sexual, el asesinato, el sufrimiento emocional, el riesgo de muerte, la injusticia y el irrespeto de su condición de médicos como misión.

El mal que emergió en este estudio, como lo plantea Pía-Lara(2009), fue ejecutado por un colectivo contra un individuo y en pocos casos, una comunidad. Este individuo fue el médico, la misión médica, los niños, las mujeres y los jóvenes en la gran mayoría de casos.

La capacidad de alivio y sanación. Para Sontag (2003) el ser humano no reconoce el dolor si no es el suyo y ni siquiera si es de algunos de los suyos, principalmente debido a la popularización del dolor y las estrategias de distanciamiento de éste que han creado la sociedad y los medios de comunicación, además de la misma condición humana. Aquellas personas que no están en medio del conflicto se convierten en espectadores, los médicos de esta investigación reconocen el dolor del otro y asumen la obligación moral de contrarrestarlo como algo que debe ser reparado. Contrario a lo planteado por esta autora, el profesional rechazó el dolor, lo consideró como algo que debe repararse, valoró las tribulaciones como propias y generó una acción; como cuando se requiere su servicio ante el dolor que está padeciendo la familia: *“Por favor, es que le pegaron un montón de tiros y está tirado al frente de la casa. La mujer está descompuesta llorando muchísimo, los hijos están viendo y pues toca arreglarlo. Ud. es la médica, pues aquí le traigo el formol y la jeringa”* (MM306:564-567).

La visión del dolor del otro vulnerable y frágil se convirtió en motivación para la elección del rumbo de acción del médico: *“Bueno, pasó una hora y no se callaba. Pasaron dos horas y no se callaba. Pasaron tres horas y no se callaba. Y yo dije: Esa señora está psicótica y ellos me tienen que dejar entrar porque está enferma”* (MF337:351-353). El profesional, ante el sufrimiento del otro, se sensibilizó a través de la compasión y se preguntó cómo podía ayudar a aliviarlo, reconociéndose a sí mismo con la capacidad de curar el dolor de la guerra, tanto físico como simbólico.

Los límites entre la vida pública y la vida privada. En el proceso de toma de decisión emergieron como factor decisivo dos espacios: el público y el privado. Para el médico en las situaciones dilemáticas analizadas, estos límites se hicieron borrosos, el

ámbito público en el cual desempeña su rol como profesional trasciende al privado y aún así se siente en la obligación de responder.

Arendt (1993) considera que el espacio público constituye al sujeto, presentándolo autónomo ante los demás y haciendo posible su comprensión de la realidad. En lo público radica la posibilidad de configurar la estabilidad y la durabilidad de lo humano. El médico en este ámbito se constituye por lo tanto en un actor esencial: es el ser investido con el poder simbólico sobre la vida y la muerte. En los casos analizados, el médico desarrolló un rol protagónico en la constitución de la cohesión de la comunidad; lo público incluye el centro de salud, los insumos, su ejercicio clínico, su investidura y su propio ser. Allí está dispuesto a asumir las decisiones más riesgosas para preservar la durabilidad de lo humano a través de la acción.

El espacio privado es visibilizado por esta autora como un lugar de cobijo, de refugio necesario frente al resplandor permanente del espacio público: lo privado se torna un espacio de seguridad necesaria para poder desarrollar la existencia humana e implica asuntos reservados. El médico pierde este espacio en el contexto de la práctica médica en el conflicto armado, ya que es intimidado en su casa e incluso retenido para desarrollar actividades en salud: “*Salía yo del trabajo y había carros de vidrios polarizados en la puerta, me seguían hasta la casa*” (MF378:126-128). Cuando el médico se enfrenta a dichas circunstancias defiende la privacidad y la seguridad del espacio en el que desarrolla su existencia.

El caso 5, *Me intimidaron por curarlas*, es el único en el que el médico optó por el cuidado de su familia sobre su acción como médico y valoró la contraposición de lo público con su privacidad: “*Yo empecé a ‘paniquiarme’ que le iban a hacer algo a mi familia*” (MF378:129), ante la amenaza real decide protegerlos: “*Yo no tengo por qué seguir haciendo esto. Renuncié y no volví por allá*” (MF378:139-140).

La justificación de los profesionales para exponer su vida por la obligación médica, incluye valorar el ámbito privado. En el caso 1, *Todos dieron un paso atrás*, la médica, ante el miedo de sus compañeros por asistir a la brigada de salud, acepta el argumento de la protección de la familia: “*Si yo hubiera tenido hijos también hubiera buscado la forma de no ir*” (MF123:16).

Por lo tanto el valor concedido por el médico a su espacio privado cuando atañe a su familia es un factor decisivo en las situaciones dilemáticas, el profesional puede estar dispuesto a morir pero no extenderá este riesgo a su intimidad.

6.4 sobre la guerra, el médico, los jóvenes y la infancia

Al realizar el estudio de las narrativas sobre situaciones dilemáticas de los médicos en el contexto de conflicto armado, emergieron categorías relacionadas con la niñez y la juventud. Estas categorías permitieron corroborar los hallazgos realizados por la Organización de Naciones Unidas (ONU), UNICEF y el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) en relación a la participación de la infancia y la juventud en el desarrollo del conflicto Colombiano (Human-Rights-Watch, 2004; ONU, 2009; UNICEF, 1993).

La dinámica de la guerra en Colombia permite que se den circunstancias que, además de violar el DHI, promueven la impunidad por parte de los victimarios. Al no reconocerse oficialmente la existencia de un conflicto armado sino hasta hace muy poco, los casos denunciados parecían responder a determinadas regiones y no a una intencionalidad recurrente que identificaba patrones en la forma de actuar de la guerrilla, los paramilitares y las fuerzas gubernamentales.

De acuerdo a lo identificado, existen tres formas en las cuales la niñez y la juventud se vincula a la guerra: hacer parte de un grupo armado, ser víctima civil o actuar como mediador.

6.4.1 Hacer parte de un grupo armado

En Colombia se encuentra prohibida la vinculación de los menores de 18 años a cualquier grupo de actores armados legales o ilegales. Sin embargo, los profesionales entrevistados narraron situaciones en las que se tipifican el reclutamiento, entrenamiento y la participación en combates y ajusticiamientos de menores de edad.

La vinculación voluntaria de los jóvenes a los grupos armados ilegales es descrita en las narrativas de los médicos, quienes argumentan que en los pueblos rurales no existe presencia del estado y no hay opciones que preparen a los jóvenes para desempeñar otros roles; por lo tanto, la única alternativa es vincularse a la guerrilla o al paramilitarismo. Las condiciones de pobreza y la falta de oportunidades los llevan a identificar en las armas un poder que les permite ser dueños de algo, así como manejar la diferencia entre la vida y la muerte, al mismo tiempo que son reconocidos y temidos por la comunidad.

En este estudio se evidenció también que es frecuente el reclutamiento de menores de edad entrenados para realizar ajusticiamientos de civiles a quienes se les acusa de apoyar al bando contrario. En uno de los relatos, el profesional se enfrentó a un joven que realizó su primer ajusticiamiento y describe el miedo que percibe en él. Estos niños y jóvenes sufren heridas en el cuerpo y en el alma y tienen pocas oportunidades de ser atendidos en condiciones dignas.

En el análisis se identificó la diferencia en el trato hacia los hombres y las mujeres, ya que las mujeres en los grupos armados, además de realizar labores de entrenamiento para la guerra, pierden su identidad como mujer, pues su cuerpo y su vida sexual y reproductiva se vuelven potestad de los comandantes y del grupo armado donde se encuentren. Se identifican graves casos de violencia sexual ya que muchas de ellas son sometidas a abortos forzados, uso de métodos anticonceptivos sin consentimiento y a la obligación de mantener relaciones sexuales con determinados miembros del grupo.

6.4.2 Víctimas civiles del conflicto armado

Según las narrativas de los médicos, la niñez y la juventud que no fue reclutada también fue víctima de la guerra. Se registraron casos de desplazamiento forzado,

orfandad, acceso limitado a la atención en salud, heridos por artefactos explosivos improvisados, traumas psicológicos y estrés postraumático.

Los actores armados legales e ilegales también ejercieron la violencia sexual y la intimidación entre estos jóvenes, principalmente utilizando a las mujeres como informantes o con fines lucrativos para la guerra. Teniendo en cuenta las condiciones del conflicto en Colombia, estos niños, niñas y jóvenes tienen el riesgo adicional de ser capturados como si fueran combatientes regulares. Ejemplo de ello está en el *caso 17, El juicio: médico o mediador*, donde niñas entre los 13 y 16 años terminan en un consejo de guerra convocado por la guerrilla, debido a que fueron utilizadas por el ejército para extraer información.

6.4.3 Actuar como mediador

Los jóvenes médicos que narraron sus experiencias demostraron sensibilidad y compromiso ante el dolor de la guerra. Sus acciones en la gran mayoría de los casos se enfocaron a lograr acuerdos con los diversos actores armados con el fin de asegurar condiciones seguras y equitativas para la prestar atención en salud.

A pesar de no contar con el entrenamiento para manejar situaciones dilemáticas en contexto de guerra, los jóvenes profesionales apelaron a la obligación moral con la vida, incluso por encima del cuidado de sí.

Esta condición puede responder al idealismo de su juventud y al compromiso con su profesión, ya que se identificaron como los responsables de velar por los otros más allá de las dimensiones clínicas.

Los jóvenes médicos se convierten también en víctimas, ya que en muchas ocasiones son sometidos a circunstancias que violan el Derecho Internacional Humanitario o a cualquier regulación básica de la profesión. Sin embargo, esto no impide que intenten mediar y sanar los males de la guerra.

6.5 Otros aportes de esta investigación

A continuación se presentan conclusiones relacionadas con categorías emergentes no contempladas en los objetivos de esta investigación que dan cuenta de hallazgos relacionados con la práctica médica y la metodología utilizada.

6.5.1 En relación con la práctica médica

Las situaciones dilemáticas analizadas en este estudio permitieron configurar una práctica médica en el contexto del conflicto armado que se caracterizó por la distinción entre la medicina como trabajo y labor, la presencia de la subjetividad y las falencias en la educación médica colombiana.

La distinción entre labor y trabajo en la práctica médica. De acuerdo a lo planteado por Arendt (1993), solo a través de la vida activa se alcanza la plenitud del ser humano teniendo como condición un espacio público compartido. Esta vida activa incluye tres categorías a saber: labor, trabajo y acción.

De forma recurrente los médicos entrevistados en las situaciones dilemáticas realizan distinciones entre labor y trabajo. Es así como eligen la supervivencia del otro y asumen la defensa de la vida como singularidad, es decir, hacen referencia a su labor en el mundo, distinguiéndola claramente del trabajo como actividad que construye un mundo artificial representando la mundanidad.

Un ejemplo de lo anterior se evidencia en la situación dilemática 4, Caso 16, *La ceremonia: curar el muerto*, donde la médica asume una labor en el mundo de la vida que asegura la supervivencia de las especie: “No señor, yo no soy embalsamadora ¿qué le pasa?” (MM306:564-568). “Médica usted aprenda que los médicos están para sanar los vivos hasta de los muertos” (MM306:581-582). “Yo como era de bruta que no entendía, pero es que nadie me había dicho. Entonces yo ya entendí que yo era la oficiante y que eso era una ceremonia” (MM306:672-675).

El trabajo descrito por Arendt corresponde a lo natural en la vida del hombre y permite construir un mundo artificial y perdurable. El profesional asume ciertas tareas como trabajo: “....Entonces yo cogí lo único que tenía para sedar que era sinogan, no

tenía más. Me llevé un frasquito y me puse mi bata... me puse la bata, me lleve un fonendoscopio y un tensiómetro. Y el pueblo estaba desocupado...” (MF337:372-375). También incluso cuando la adversidad en las condiciones es evidente: “Consiguen un tonto que se quiere estar los seis meses de rural como mínimo” (MM222:78-79).

La acción, como actividad que constituye la vida política, estuvo presente en las narrativas a través de la pluralidad como presencia de los otros, con sus manifestaciones en relación con la historia. En las narrativas, la interacción del médico con los otros se presentó en diferentes planos: en las actividades de salud, en las acciones simbólicas hacia la comunidad, con los actores armados y con la familia.

Este tipo de distinción de la práctica médica establece diferencias en la toma de decisión, en general, el trabajo se relaciona más con el deber, mientras que la labor con la obligación moral, el cuidado y los sentimientos morales.

La subjetividad en la práctica médica. La práctica médica se fundamenta normalmente desde la enseñanza en la objetividad y la racionalidad positivista hegemónica. Por lo tanto, los sentimientos se consideran un elemento ajeno y perturbador de la valoración, ceñida a la realidad del paciente, que entorpecen la tarea de formular una teoría científica que permita establecer una hipótesis explicativa de la causa de la enfermedad. El objeto de conocimiento es el paciente y el sujeto es el médico, que debe mantener una relación neutra y objetiva para alcanzar la mayor precisión en el diagnóstico.

Sin embargo, contrario a lo que se pretende imponer, el médico es ante todo un ser en el mundo de la vida, un agente que se entreteje con los otros y se individualiza en la medida en que reconoce al otro y es reconocido por él. En los casos analizados se identificaron sentimientos que vinculan al profesional de manera particular con la práctica médica y lo llevan incluso a obviar los protocolos de acción: *“Eso no se podía hacer pero, ¿cómo se dejaba un niño tirado? Eso fue horrible, era una cosa de muerte”* (MF378:488-489).

La subjetividad representa la singularidad de las experiencias y los acontecimientos de los sujetos y las colectividades. El acercamiento al mundo subjetivo se realiza a través de la narración que permite al sujeto interpretarse en relación con el mundo. Al utilizar en esta investigación las narrativas se hizo visible que el mundo

subjetivo permea la práctica médica sobre todo en las condiciones de adversidad, miedo, inseguridad y riesgo. Es allí donde se descubre la imbricación del médico con los otros para blindarse mutuamente y construir un colectivo que resiste la intimidación y la muerte.

La relación del médico con el paciente, la comunidad, los actores armados, sus colegas y su familia esta mediada por emociones y sensibilidades que le permiten interactuar como un sujeto moral. La relación entre dos sujetos para Ricoeur (2006b) se establece con una “dimensión de valor” que hace que cada persona actue con convicción y no por la norma. El profesional en las situaciones dilemáticas narró al otro y su condición en el mundo en relación a su acción, verbigracia: *“Yo le pregunté: ‘bueno, y ¿cuál es su trabajo?’ Y él me dijo: ‘yo soy el killer’. Entonces dije: ‘explíqueme, ¿eso qué es?’ ‘Pues a ver médica, cómo le digo... yo soy pues el killer... yo soy el que ajusticia’.... Y yo pensé, ‘mierda, este es el matador, el matador de los cadáveres...’”* (MF337:29-39).

Este investigador también propone un enfoque de la subjetividad a través de la hermenéutica del sujeto que puede narrarse, actuar y se responsabiliza de sus acciones en el contexto histórico-social. En los hallazgos de la investigación, emerge el sentir en relación a la práctica: *“Entonces de alguna manera las concepciones sobre la vida y la muerte cambiaron un poco”* (MM 274:84-85).

Esta subjetividad no impidió que el médico cumpliera su deber, por el contrario afianzó su acción y permitió a través de los sentimientos una elección por convencimiento moral.

Las falencias en la educación médica colombiana. Si bien es cierto que cualquier práctica desborda lo enseñado en la institución educativa, para el caso de la medicina la situación es más compleja si se valora la práctica en el contexto del conflicto armado. Teniendo como referente los hallazgos de esta investigación se puede concluir que los protocolos clínicos aprendidos que implican seguridad para el ejercicio profesional se desconfiguran en estas condiciones.

Colombia se encuentra en un contexto de conflicto armado desde hace más de cincuenta años y no existen lineamientos curriculares que permitan al estudiante de medicina situar la práctica más allá de la institución hospitalaria. Se desconocen, en la

gran mayoría de los casos, los protocolos de la misión médica y no existen mecanismos que preparen al médico para afrontar el tipo de situaciones dilemáticas que se evidenciaron en esta investigación. Este hecho generó ambivalencias en la toma de decisión y riesgos evitables, ya que los límites de acción profesional en la educación médica Colombiana no son contemplados: *“Tenía mucha intuición y mucho sentido común para hacer trabajo de salud comunitario porque a mí nadie me enseñó eso, nunca, y pues puro sentido común”* (MF283:120-122).

Al mismo tiempo el desconocimiento de una realidad cotidiana que permea el ejercicio de la medicina y no es visibilizada ni discutida en las facultades de medicina expone aún más la vulnerabilidad de una comunidad que entrega sus esperanzas como símbolo de la vida al médico, de quien espera y confía un acompañamiento permanente: *“Esto es parte de sus labores de médica. Si no se las enseñaron le toca aprenderlas aquí”* (MM306:591-592).

Los médicos no saben que existen códigos y reglas más allá de su profesión que en un momento determinado pueden establecer la diferencia entre la vida y la muerte: *“Era enfrentarme a ver un hecho en carne viva con todas las connotaciones que tenía estar ahí, haber sido participe del proceso, por ignorancia, porque muchas veces los códigos, los códigos de ley que no son códigos de ley aceptados, son códigos que existen y yo no los conocía”* (MM 274:86-89).

A nivel personal el impacto lleva a los profesionales de la salud a reconstruir los conceptos enseñados en la universidad para ejercer una medicina más cercana al sujeto: *“De verdad que entendí. Yo nunca había pensado eso, pero entendí que eso era una acción para curar mentalmente a la gente: ir a curar un cadáver”* (MM306:626-628).

Teniendo en cuenta lo anterior, se considera necesario incluir en los planes curriculares de la carrera de medicina lineamientos y estrategias que permitan a los futuros médicos conocer el contexto del país y suministrar herramientas que faciliten un desempeño profesional dentro del conflicto armado colombiano.

6.5.2 En relación con los hallazgos metodológicos

Uno de los principales aportes de esta investigación fue el uso de una nueva metodología para estudiar la resolución de situaciones dilemáticas en el campo de la medicina: las narrativas. En este trabajo, para la sistematización y el análisis de la información se utilizó el método de narrativas, particularmente útil para la comprensión de los tiempos de crisis, como afirma Quintero (2011). A este método se le realizaron modificaciones acordes con los objetivos del estudio que incluyeron una matriz para la identificación de casos dilemáticos, los rumbos de acción y la toma de decisión en situaciones relacionadas con la práctica médica en el contexto del conflicto armado.

La metodología propuesta se considera novedosa por dos razones: la estrategia de la medicina narrativa y el método para la ética aplicada en salud. En primer lugar, las narrativas en medicina solamente se han utilizado para estudiar los relatos de los enfermos como una forma de humanizar la medicina y para el estudio de la enfermedad desde la perspectiva de los pacientes, optimizando la relación médico paciente. En esta investigación, las narrativas permitieron develar lo que antes no era posible contemplar como parte de la vida misma en relación a los hechos, las temporalidades, las espacialidades y las fuerzas narrativas en la toma de decisión médica en situaciones dilemáticas en contexto de guerra. Pía-Lara (2009) afirma que las narraciones del mal permiten ejercer el juicio moral; de esta forma, se puede distinguir lo que está mal de lo que está bien, lo que es la crueldad en la guerra y el porqué de las acciones.

La segunda se relaciona con el estudio de los dilemas morales en la ética aplicada. Los dilemas morales se han estudiado ampliamente en ética y política desde los planteamientos de Kohlberg (2008). En ética se han realizado estudios que utilizan las etapas del desarrollo moral para caracterizar los juicios morales en los médicos y estudiantes de medicina. También, como se presentó en el marco teórico de este estudio, se han planteado diversos parámetros excluyentes entre sí para el estudio de los procedimientos de toma de decisión como son el método principalista, la casuística y el método narrativo.

El método principalista propone el análisis de los dilemas médicos teniendo en cuenta cuatro principios básicos: no maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia.

Sin embargo, como pudo observarse en los resultados de esta investigación, los principios que orientan la toma de decisión emergen de la historia narrada en el momento que el médico se ubica históricamente, por lo tanto, el análisis del proceso debe iniciarse por el sujeto y no desde los principios.

El método casuístico propone que los problemas éticos en los casos clínicos se estudien desde las indicaciones médicas, las preferencias del paciente, la calidad de vida y los aspectos contextuales en que se encuadra el mismo. Sin embargo, no se expone una metodología para llevar a cabo el estudio del caso y se limita al enfoque de la práctica clínica institucionalizada. Por lo tanto, esta perspectiva no permitiría realizar un análisis de la práctica médica en el conflicto armado tal y como se llevó a cabo en esta investigación.

Por otra parte, el método narrativo más cercano a la propuesta desarrollada, plantea que no hay historias iguales y se debe indagar el contexto del paciente que incluye la historia natural y social de la enfermedad, la actitud de la familia, los hábitos y las posibilidades de acción que tiene el caso. Sin embargo, se observa que su eje de análisis es el enfermo y el médico no tiene voz para narrar su historia.

Se puede afirmar que la metodología de análisis de la narrativa propuesta en este estudio para analizar las situaciones dilemáticas de la práctica médica y el proceso de toma de decisión del profesional de la salud, permitiría, como lo plantea Sontag (2003), construir una memoria colectiva que declare lo que es importante y lo que ocurre que queda en la mente del sujeto, resaltando el compromiso moral de los profesionales de la salud ante el dolor de los demás.

Finalmente esta investigación permitió visibilizar la labor que el médico desarrolla en el conflicto armado colombiano como mediador, sanador y cuidador no solamente de niños, niñas y jóvenes sino de la comunidad en general.

REFERENCIAS

- Abraham, J. J. (1940). *The Surgeon's Log* (7 ed.). Londres: Penguin.
- Adams, M. P. (2008). Triage Priorities And Military Physicians. In F. Allhoff (Ed.), *Physicians at War: The Dual-Loyalties Challenge* (215-236). Kalamazoo, MI: Springer.
- ADD. (1919). *How the Germans Treated Australian Prisoners of War* (1 ed.). Sidney.
- AI. (2006). Colombia: Cuerpos Marcados, Crímenes silenciados *Revista Futuros*, IV(14).
- AMA. (1983). *Código Internacional de Ética Médica*. Venecia, Italia.
- AMM. (2005). *Manual de Ética Médica* (1 ed.). París: WMA.
- AMM. (2006). Regulaciones de la AMM en tiempos de conflicto armado. In AMM (Eds.)
- Annas, G. (2005). Unspeakably Cruel. Torture, Medical Ethics, and the Law. *The new england journal of medicine*, 352(20), 2128-2132.
- APM. (2008). Informe Internacional de Abuelas de Plaza de Mayo: Caso Bianco. *Comision de Prensa Asociacion Argentina pro Derechos Humanos* Retrieved Julio 16, 2011, from www.derechos.org/ddhh/abuelas/bianco.
- Arendt, H. (1993). *La Condición Humana*. Barcelona Paidós
- Aristóteles. (384 a.c (2001)). *Ética a Nicomaco*. Madrid: Alianza Editorial.
- Asociation, W. M. (2011). Acerca de la Asociación Médica Mundial. Retrieved Mayo 28 2011, from www.wma.net
- Atenstaedt, R. L. (2006). Trench Foot: The Medical Response in the First World War 1914-18. *Wilderness and Environmental Medicine*, 17, 282-289.
- Barón, L. F. (2007). *Historias no oficiales de guerra y paz* (1 ed.). Bogotá: CINEP.
- Bauman, Z. (2010). *Miedo Líquido* (1 ed.). Madrid: Paidós.

Beauchamp, T. (1996). The role of principles in practical ethics. In L. Sumner & J. Boyle (Eds.), *Philosophical perspectives on bioethics* (79-95). Canada: University of Toronto.

Beauchamp, T., & Childress, J. (Eds.). (1999). *Principios de ética biomédica* (4 ed.). Barcelona: Masson, S. A.

Beauchamp, T., & McCullough, L. (1987). Etica Médica: Las responsabilidades morales de los médicos *El razonamiento moral en medicina* (1 ed.: 1-22). Barcelona: Editorial Labor S.A.

Betti, E. (1990). Hermeneutics as the General Methodology of the Geisteswissenschaften. In G. Ormiston & A. D. Schrift (Eds.), *The Hermeneutic Tradition* (1 ed.: 159). Albany, New York: University of New York.

Bloche, G., & Marks, J. (2005a). Doctors and Interrogators at Guantanamo Bay. *The New England Journal of Medicine*, 353, 6-8.

Bloche, G., & Marks, J. (2005b). When Doctors Go to War. *The New England Journal of Medicine*, 352, 3-6.

Bloche, M. G. (1987). *Uruguay's military physicians : cogs in a system of state terror*. Washington, D.C: AAAS Publication.

Bochenski, J. M. (1962). *Los métodos actuales del pensamiento* (R. Drudis, Trans. 3 ed.). Madrid: Ediciones Rialp S.A.

Brody, H. (2002). Narrative Ethics and Institucional Impact. In R. Charon & M. Montello (Eds.), *Stories Matter: The Role of Narrative in Medical Ethics* (149-153). New York: Routledge.

Buhmanna, C., Barbarab, J. S., Aryac, N., & Melf, K. (2010). The roles of the health sector and health workers before, during and after violent conflict. *Medicine, Conflict and Survival*, 26(1), 4-23.

CAC, C. A. d. C. (2005). *Programa Avanzado de Apoyo Vital en Trauma para Médicos* (7 ed.). Estados Unidos de America: Comité de trauma del colegio americano de cirujanos.

Camargo, J. K. (2005). A Biomedicina. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, 15(Suplemento), 177-201.

Cambio. (2009, Septiembre 15). La muerte de Maria Cabrera. *Revista Cambio*.

- Camps, V. (2003). *Virtudes Públicas*. Madrid Espasa Calpe.
- Camps, V. (2012). *El gobierno de las emociones* (1 ed.). Barcelona: Herder.
- CICR, & MPS. (2011). *Guía para el manejo médico-quirúrgico de heridos en situación de conflicto armado*. Bogotá: Comité Internacional de la Cruz Roja-Delegación Colombia.
- CINEP. (2000). La violencia política en Colombia. In CINEP (Eds.), *De la nación fragmentada a la construcción de estado*
- CNRR. (2008). Trujillo: Una tragedia que no cesa. In C. d. M. Histórica (Eds.)
- CNRR. (2009). La masacre del salado: esa guerra no era nuestra. In G. d. M. Histórica (Eds.) Available from <http://www.cnrr.org.co>
- CNRR. (2010a). Bojayá: La guerra sin límites. In G. d. M. Histórica (Eds.)
- CNRR. (2010b). La Rochela: Memorias de un crimen contra la justicia. In G. d. M. Histórica (Eds.), *Informe del grupo de memoria histórica de la Comisión Nacional de Reparación y Conciliación* Available from <http://www.cnrr.org.co>
- Coates, A. (2006). Culture, The Enemy and The Moral Restraint of War. In R. Sorajbi & D. Rodin (Eds.), *The Ethics of War, Shared Problems in Different Traditions* (208-221). Burlington, USA: Ashgate.
- CODEPU, D.-T. (1990). *Todas íbamos a ser reinas: estudio sobre 9 mujeres embarazadas que fueron detenidas y desaparecidas en Chile* (Vol. 1). Santiago de Chile: Rojas Baeza.
- CODEPU, D.-T. (1996). *Crímenes e Impunidad. La experiencia del trabajo médico, psicológico, social y jurídico en la violación del Derecho de la Vida. Chile 1973-1996* (Vol. 6). Santiago de Chile: Rojas Baeza.
- Ley de víctimas y restitución de tierras, 1448 C.F.R. (2011).
- Collins, G. (1918). *Military Organization and Administration*. US: Hugh Rees, LTD.
- CONADEP. (1985). Nunca Más. Informe sobre comisión nacional sobre desaparición de personas. In E. U. d. B. Aires. (Eds.) Available from <http://cedinci.no-ip.org/pergamo/opac/cgi-bin/pgopac.cgi?VDOC=1.5641>
- Copleston, F. (1981). *Historia de la filosofía*. Barcelona: Editorial Ariel.

- Corbin, J. (1916). Experiences with the Australian Army Medical Corps at Gallipoli *The Medical Journal of Australia*, 1(6), 111-114.
- Charon, R. (2003). The narrative turn in medical ethics. *The Lancet*, 361.
- Charon, R. (2006). *Narrative medicine* (1 ed.). New York: Oxford University Press.
- Dancy, J. (1995). Una ética de los deberes: Primera Facie In P. Singer (Ed.), *Compendio de ética* (309-322). Madrid: Alianza Editorial.
- De Currea-Lugo, V. (1999). *Derecho Internacional Humanitario y sector salud: caso Colombiano* (1 ed.). Bogotá: Plaza y Janés Editores Colombia S.A.
- De Currea-Lugo, V. (2006). Normas y principios humanitarios después del S-11. In I. d. E. s. C. y. A. H. (IECAH) (Ed.), *La Acción Humanitaria en la Encrucijada - Avanzando Propuestas para Reforzar la Acción Humanitaria en el Siglo XXI* (Vol. 1: 47-63). Madrid: IECAH.
- Dibold, H. (1949). *El médico de stalingrado* (S. Noguera, Trans. 1 ed.). Salzburgo: Editorial Otto Müller.
- Donda, C. S. (2008). Introducción a la Bioética Aplicada. In Unesco (Eds.) Available from <http://www.redbioetica-edu.com.ar> info@redbioetica-edu.com.ar
- Dufour, D., Kroman Jensen, S., Owen-Smith, M., Salmela, J., Stening, F., & Zetterström, B. (1998). Surgery for victims of war. In CICR (Eds.), *Comite Internacional de la Cruz Roja* Available from <http://www.icrc.org/eng/resources/documents/publication/p0446.htm>
- Dumont, J. (1975a). *Los servidores de la nueva medicina nazi* (1 ed. Vol. 2). Madrid: Circulos de amigos de la historia.
- Dumont, J. (1975b). *Una nueva orientación de la medicina alemana* (1 ed. Vol. 1). Madrid: Círculo de amigos de la historia.
- Echandia, C. (2001). El conflicto armado colombiano en los años noventa: cambios en las estrategias y efectos económicos. *Revista Colombia Internacional, Facultad de Ciencias sociales Universidad de Los Andes*(49/50), 117-134.
- Elster, J., & Herpin, N. (2000). *La Ética de las Decisiones Médicas*. Barcelona: Gedisa.

Enemark, C. (2008). Triage, Treatment, and Torture: Ethical Challenges for US Military Medicine in Iraq. *Journal of Military Ethics*, 7(3), 186-201.

Escobar, J., & Aristizabal, C. (2011). Los principios en la bioética: fuentes, propuestas y prácticas múltiples. *Revista Colombiana de Bioética*, 6(Especial), 76-109.

Fortique, J. R. (1963). *Algunos aspectos médicos de nuestra guerra de independencia* (1 ed.). Maracaibo La columna.

Frajman, M. (2009). Brasil, amnistia y memoria. *Revista Herencia*, 22 (1), 43-45.

Franco, S. (2003). Momento y contexto de la violencia en Colombia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(1), 18-36.

Franco, S. (2007). Comunicación, salud y conflicto armado. In M. Moreno, M. Avillarraga & R. Malagón (Eds.), *La salud y la comunicación*. Bogotá: National Graphics Ltda.

Franco, S., & Baez, L. (2008). Las infracciones a la misión médica en Colombia: Un tema olvidado. *Forensis*, 1(1), 333-343.

Fraser, N., & Honneth, A. (2006). *¿Redistribución o reconocimiento?* Madrid: Ediciones Morata.

Gadamer, H.-G. (1999). *Verdad y Método. Fundamentos de una hermenéutica filosófica*. (A. A & A. R, Trans. 5 ed.). Salamanca: Sígueme.

García de la Torre, C., & Aramburo, C. (2011). *Geografías de la guerra, el poder y la resistencia: Oriente y Uraba Antioqueños*. Bogotá: CINEP.

García, F. J. R. (2004). Los Comités de Bioética y el Conflicto Armado Colombiano. *Bioética en la Red*. doi:<http://www.bioeticaweb.com>

Getgen, J. E. (2004). *Untold truths: The exclusion of enforced sterilizations from the peruvian commissions final report*. . Lima.

Giraldo, J., & Laverde, F. (2009). *Casanare: Exhumando el genocidio*. (1 ed.). Bogotá: CINEP.

Glueck, S. (1946a). The Nuernberg Trial and Aggressive War. *Harvard Law Review*, 59(3), 396-456.

Glueck, S. (1946b). The Núremberg Trial and Aggressive War. *Harvard Law Reveiw*, 59(3), 396-456.

Goddard, J. (2004). The navy surgeon's chest: surgical instruments of the Royal Navy during the Napoleonic War. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 97(4), 191-197.

Goyal, R. K., Charon, R., Lekas, H.-M., Fullilove, M. T., Devlin, M. J., Falzon, L., et al. (2008). 'A local habitation and a name': how narrative evidence-based medicine transforms the translational research paradigm. *Journal Of Evaluation In Clinical Practice*, 14(5), 732-741.

Gracia, D. (1991). En torno a la fundamentación y el método de la bioética. In E. e. b. Ltda (Ed.), *Introducción a la bioética* (2 ed., Vol. 1: 108-148). Bogotá: Editorial Códice Ltda.

Gracia, D. (1996). Problemas Éticos en Medicina. In O. Guariglia (Ed.), *Cuestiones Morales*. Madrid: Editorial Trotta.

Gracia, D. (1998a). Bioética clínica. In E. e. B. Ltda (Ed.), *Bioética clínica* (Vol. 1: 13-16). Bogotá: Editorial Códice Ltda.

Gracia, D. (1998b). Métodos de análisis de problemas éticos en la clínica humana. In E. E. B. Ltda (Ed.), *Bioética Clínica* (1 ed., Vol. 1: 85-97). Bogotá: Códice Ltda.

Gracia, D. (2004). Éticas Narrativas y Hermenéutica. In D. Gracia (Ed.), *Como arqueros al blanco* (1 ed.: 191-219). Bogotá: Editorial El Buho Ltda.

Gracia, D. (2010, Mayo 19 de 2010). La Deliberación Moral. El Papel De Las Metodologías En Ética Clínica.

Greenhalgh, T. (1998). Narrative based medicine in an evidence based world. In T. Greenhalgh & B. Hurwitz (Eds.), *Narrative based medicina. Dialogue and discourse in clinical practice* (247-265). London: BMJ Books.

Greenhalgh, T. (1999). Narrative based medicine: Narrative based medicine in an evidence based world. *British Medical Journal*, 318(7179), 323-325.

Greenhalgh, T., & Hurwitz, B. (1999). Narrative based medicine: why study narrative? *British Medical Journal*, 318(7175), 48-50.

Gross, M. (2006). *Bioetic and Armed Conflict. Moral Dilemmas of medicine and War* Cambridge, Massachusetts.

Gross, M. (2006a). The Ethics of Medicine and The Ethics of War *Bioethics and Armed Conflict* (27-63). Haifa: Massachusetts Institute of Technology.

Gross, M. (2006b). Wartime Triage *Bioethics and Armed Conflict* (137-173). Haifa: Massachusetts Institute of Technology.

Gross, M. (2010a). Blackmailing The Innocent, The Dilemma Of Noncombatant Immunity *Moral Dilemmas of Modern War* (153-177). New York: Cambridge University Press.

Gross, M. (2010b). Human Dignity Or Human Life, The Dilemmas Of Torture And Rendition *Moral Dilemmas of Modern War* (122-147). New York: Cambridge University Press.

Gross, M. (2010c). Torture, Assassination, And Blackmail: New Norms For Asymmetric Conflict? *Moral Dilemmas of Modern War* (233-252). New York: Cambridge University Press.

Gross, M. (2010d). Torture, Assesination And Blackmail In An Age Of Asymmetric Conflict *Moral Dilemmas of Modern War* (1-25). New York: Cambridge University Press.

Gross, M. L. (2006). Setting the Stage *Bioethics and Armed Conflict* (1-25). Haifa: Massachussetts Institute of Technology.

Group, I. D.-L. w. (2008). Loyalties Doubles and human rights in health professional practice. In F. Allhoff (Ed.), *Physicians at War: The Dual-Loyalties Challenge* (15-39). Kalamazoo, MI: Springer.

Guana, A. L. (2009). *Violencia sexual en el marco del conflicto armado colombiano: Impacto psicológico de los procesos jurídicos*. Paper presented at the II Congreso Nacional de Psicología COLPSIC y I Congreso Internacional de Psicología. Retrieved from <http://www.mujaresporlapaz.org/pdf/vsconflictoarmado.pdf>

Habermas, J. (1987). Racionalidad de la acción y racionalización social *Teoría de la acción comunicativa* (4 ed., Vol. 1: 518). Barcelona.

Habermas, J. (1994). *Conciencia moral y acción comunicativa* (2 ed.). Barcelona: Península.

Habermas, J. (2002). Racionalidad de la Acción Social (M. J. Redondo, Trans.) *Teoría de la Acción comunicativa* (Cuarta ed., Vol. 1: 517). Mexico: Editorial Taurus.

- Habermas, J. (2007). *Verdad y justificación*. Madrid: Editorial Trotta.
- Habermas, J. (2008/1981). Racionalidad una determinación preliminar del concepto *Teoría de la acción comunicativa I* (4 ed., Vol. I: 24-43). México: Taurus.
- Hachiya, M. (1945/2005). *Diario de Hiroshima de un médico japonés : 6 de agosto-30 de septiembre 1945* (2 ed.). Madrid Turner.
- Haggenmacher, P. (1983). *Grotius et la doctrine de la guerre juste*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Hanks, G. (2003). *The voyage of the HMS carnavarvon, 1914-1915: A memoir by George H J Hanks. Sick Bay Attendant*. Toronto, Canada: Privately printed.
- Hersh, R., Reirmer, J., & Paolitto, D. (1984). Kohlberg: el desarrollo del juicio moral (C. Fernández, Trans.). In F. Rubio (Ed.), *El crecimiento moral de Piaget a Kohlberg* (1 ed., Vol. 1: 44-53). Madrid: Narcea, S.A de ediciones.
- Hoffman, M. L. (2002). Empatía y principios morales. In I. B. S.A. (Ed.), *Desarrollo Moral y Empatía. Implicaciones Para la Atención y la Justicia* (269). Nueva York: Universidad de Nueva York.
- Honneth, A. (1997). *La lucha por el reconocimiento* (M. Ballester, Trans.). Barcelona: Critica Grijalbo Mondadori.
- Hudson, J. A. (1998). Narrative in medical ethics. In T. Greenhalgh & B. Hurwitz (Eds.), *Narrative based medicina. Dialogue and discourse in clinical practice* (217-224). London: BMJ Books.
- Human-Rights-Watch. (2004). *"Aprenderás a no llorar". Niños Combatientes en Colombia*. (UNICEF, Trans. 1 ed.). Bogotá: Editorial Gente Nueva.
- Jeff, M. (2006). Preventive War and the Killing of the Innocent. In R. Sorajbi & D. Rodin (Eds.), *The Ethics of War, Shared Problems in Different Traditions* (169-190). Burlington, USA: Ashgate.
- Jonas, H. (1979). *El principio de la responsabilidad* Buenos Aires: Editorial paidós
- Jonsen, A. (1996). Morally appreciated circumstances: a theorethical problem for casuistry. In L. Sumner & J. Boyle (Eds.), *Philosophical perspectives on bioethics* (37-49). Canada: University of Toronto.
- Jonsen, A. (1998). *The Birth of Bioethics*. New York: Oxford University Press.

Kant, I. (1785/ 2002). *La fundamentación de la metafísica de las costumbres* (9 ed.). Madrid Alianza Editorial S.A.

Kaufman, S. (1997). The world war II plutonium experiments: Contested stories and their lessons for medical research an informed consent. *Cult Med Psychiatry*, 21(2), 161-197.

Keram, E. (2006). Will Medical Ethics Be a Casualty of the War on Terror? *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 34(1), 6-8

Kirklin, D. (2007). Minding the gap between logic and intuition: an interpretative approach to ethical analysis. *J Med Ethics* 33, 386-389.

Kohlberg, L. (2008). *Psicología del desarrollo moral* (A. Z. Zárate, Trans. 2 ed.). Bilbao: Desclée de Brouwer.

Kottow, M. (2005). Problemas Éticos Frecuentes En La Atención De La Salud, Modulo III, Unidad 4 Available from <http://www.redbioetica-edu.com.ar> info@redbioetica-edu.com.ar

Kottow, M. (2007). La Participación De Los Pacientes En La Toma de Decisiones Available from <http://www.redbioetica-edu.com.ar> info@redbioetica-edu.com.ar

Laín Entralgo, P. (1964). *La relación médico-enfermo : historia y teoría*. Madrid: Revista de Occidente.

Lincoln, Y. S., & Denzin, N. K. (1994). Fifth moment (M. Perrone, Trans.). In Y. S. Lincoln (Ed.), *Handbook of Qualitative Research* (1 ed., Vol. 1: 375-386). California: Sage Publications.

List, J. M. (2008). Medical Neutrality And Political Activism: Physician's Roles In Conflict Situations. In F. Allhoff (Ed.), *Physicians at War: The Dual-Loyalties Challenge* (237-253). Kalamazoo, MI: Springer.

Lolas, F. (2008). Bioethics and animal research. A personal perspective and a note on the contribution of Fritz Jahr. *Biological Research*, 41(1), 119-123.

Lopez de la Vieja, M. T. (2000). *Principios Morales y Casos Prácticos*. Madrid: Editorial Tecnos.

Mainetti, J. (1995). Biomedical ethics in Latin America (M. M. Solberg, Trans.). In R. Warren (Ed.), *Encyclopedia of Bioethics*. New York: The Free Press, Simon & Schuster MacMillan.

Meininger, H. P. (2005). Narrative ethics in nursing for persons with intellectual disabilities. *Nursing Philosophy: An International Journal For Healthcare Professionals*, 6(2), 106-118.

Miles, S. (2007). Medical Ethics and the Interrogation of Guantanamo 063. *The American Journal of Bioethics*, 7(4), 1-7.

Molano, A. (2010). *En medio del Magdalena Medio* (1 ed.). Bogotá: CINEP.

Moratalla, T. D. (2007). Bioética y hermenéutica. *Veritas*, II(17), 281-312.

Morris, D. (2002). Narrative Ethics, and Pain: thinking with stories. In R. Charon & M. Montello (Eds.), *Stories Matter. The role of narrative in medical ethics*. (1 ed.: 183-195). Great Britian: Routledge.

Moskop, J., & Iserson, K. V. (2007). Triage in Medicine, Part II: Underlying Values and Principles. *Annals of Emergency Medicine*, 49, No. 3, 282-287.

Moskop, J. C., & Iserson, K. V. (2007). Triage in Medicine, Part I: Concept, History, and Types. *Annals of Emergency Medicine*, 49, No. 3, 275-281.

MSF. (2010a). *Informe anual de actividades*. Bogotá: MSF.

MSF. (2010b). Tres veces víctimas: víctimas de la violencia, el silencio y el abandono: Conflicto armado y salud mental en el departamento de Caquetá, Colombia. Retrieved Enero 2011, from <http://www.msf.es/sites/default/files/publicacion/Informe-COLOMBIA-2010.pdf>

Nie, J.-B. (2006). The United States Cover-up of Japanese Wartime Medical Atrocities: Complicity Committed in the National Interest and Two Proposals for Contemporary Action. *The American Journal of Bioethics*, 6(3), 21-33.

Niño, J. (1999). Las Migraciones forzadas de población, por la violencia en Colombia: una historia de éxodos, miedo, terror y pobreza. *Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*. , 45(33).

Noddings, N. (2005). Identifying and responding to needs in education. *Cambridge Journal of Education*, 35(2), 147-149.

Nussbaum, M. (1993). Virtudes no relativas. Un enfoque Aristotélico. In M. Nussbaum & A. Sen (Eds.), *La calidad de vida*. México: Fondo de la Cultura Económica.

Nussbaum, M. (2008). La compasión. In M. Nussbaum (Ed.), *Paisajes del pensamiento: la inteligencia de las emociones* (1 ed.: 332-488). Barcelona: Paidós.

Okie, S. (2005). Glimpses of Guantanamo--medical ethics and the war on terror. *New England Journal of Medicine*, 353(24), 2529-2534.

Olsen, J. A., Richardson, J., Dolan, P., & Menzel, P. (2003). The moral relevance of personal characteristics in setting health care priorities. *Social Science & Medicine* 57, 1163-1172.

Onge, J. (1997). Medical education must make room for student-specific ethical dilemmas. *Can Med Assoc J*, 156, 1175-1177.

ONU. (2009). *Informe del Secretario General sobre los niños y el conflicto armado en Colombia*.

Palacio, M., & Cifuentes, M. (2005). El departamento de Caldas: su configuración como territorio de conflicto armado y desplazamiento forzado. *Trabajo social*, 7, 99-110.

Pellegrino, E. (1990). The Relationship of Autonomy and Integrity in Medical Ethics. *Bulletin of PAHO*, 24(4), 361-371.

Pellegrino, E., & Thomasma, D. (1993). *The virtues in medical practice* (1 ed.). USA: Oxford University Press.

Pence, G. (1995). La teoría de la virtud. In P. Singer (Ed.), *Compendio de Etica* (1 ed.: 347-359). Madrid: Alianza Editorial S.A.

Pfeiffer, M. L. (2008). Toma de Decisión Clínica I. In Unesco (Eds.), Unidad 2 (Vol. II, Available from <http://www.redbioetica-edu.com.ar> info@redbioetica-edu.com.ar

Pía-Lara, M. (2009). *Narrar el mal* (1 ed.). Barcelona: Gedisa Editorial.

Pieper, A. (1991). *Etica y Moral. Una Introducción a La Filosofía Práctica* (G. Muñoz, Trans. segunda ed.). Barcelona: Editorial Critica.

PRC. (2009). Gobierno Nacional analiza situación de ataques a la misión médica en Colombia *Derechos humanos y derecho internacional humanitario* Retrieved Junio

<http://www.derechoshumanos.gov.co/Prensa/Comunicados/2009/Paginas/090415a.aspx>

Por el cual se declara el Estado de Conmoción Interior, Decreto 1900 C.F.R. (1995).

Por el cual se dictan unas medidas tendientes a la preservación del orden público., Decreto 0717 C.F.R. (1996).

Por el cual se definen las zonas de rehabilitación y consolidación Decreto 2002 C.F.R. (2002a).

Por la cual se delimitan unas Zonas de Rehabilitación y Consolidación y se designan sus Comandantes., Resolución Ejecutiva 129 C.F.R. (2002b).

Quintero, M. (2011). *Justificaciones y narraciones orientaciones teoricas e investigativas en la formación etica y politica*. Unpublished manuscript, Bogotá.

Reinisch, J. (2007). A New Beginning? German Medical And Political Traditions In The Aftermath Of The Second World War. *Minerva*, 45, 241-257.

Ricoeur, P. (1997). Narratividad, Fenomenología y Hermeneútica. In G. Aranzueque (Ed.), *Horizontes del relato. Lecturas y conversaciones con Paul Ricoeur*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.

Ricoeur, P. (2006a). La vida: Un relato en busca de un narrador. *Agora: Papeles de filosofía*, 25(2), 9-22.

Ricoeur, P. (2006b). *Si mismo como otro*. México Siglo XXI.

Ricoeur, P. (2008a). Los tres niveles del juicio médico (A. Domingo-Moratalla & T. Domingo-Moratalla, Trans.) *Lo Justo* 2 (1 ed.). Madrid: Editorial Trotta.

Ricoeur, P. (2008b). Los tres niveles del juicio médico. In P. Ricoeur (Ed.), *Lo justo 2. Estudios, lecturas y ejercicios de ética aplicada*. Madrid: Editorial Trotta.

Richardson, J., & McKie, J. (2005). Empiricism, ethics and orthodox economic theory: what is the appropriate basis for decision-making in the health sector? *Social Science & Medicine* 60, 265–275.

Riquelme, H. (1995). *Entre la obediencia y la oposición: Los médicos y la ética profesional bajo la dictadura militar* (1 ed.): Editorial Nuevas sociedades

Riquelme, H. (2004a). Ética profesional en tiempos de crisis. Médicos y psicólogos en las dictaduras de América del Sur. *Polis, Revista de la Universidad Bolivariana*, 3(8), 1-17.

Riquelme, H. (2004b). La medicina bajo el nazismo: una aproximación histórico-cultural: tercera parte. *MED UPB*, 23(2), 117-141.

Riquelme, H. (2005). La medicina nacional socialista: ruptura de cánones éticos en una perspectiva histórica cultural. *Polis, Revista de la Universidad Bolivariana*, 4(10), 1-22.

Riquelme, H. (2006). La medicina en el nacional socialismo: gestiones de oposición profesional *Polis, Revista de la Universidad Bolivariana*, 5(13), 3-13.

Rivas, F. S. (1990). *Traición a Hipócrates. Médicos en el Aparato Represivo de la Dictadura*. Santiago, Chile: Editorial CESOC.

Rodin, D. (2006). The Ethics of Asymmetric War. In R. Sorajbi & D. Rodin (Eds.), *The Ethics of War, Shared Problems in Different Traditions* (153-168). Burlington, USA: Ashgate.

Saint-Sernin, B. (2009). La Racionalidad científica a principios del siglo XXI (M. Lara, Trans.). In J. Gonzalez (Ed.), *La Filosofía de la ciencia* (94-110). México D.F: Fondo de la cultura económica.

Sanchez, F. J., Diaz, A. M., & Formisano, M. (2003). Conflicto violencia y actividad criminal en Colombia: un análisis espacial. *Serie Archivos de Economía*, (CEDE 2003-05), 60.
doi:www.economia.uniandes.edu.co/content/download/2004/D2003-05.pdf

Shramm, F. R. (2001). Líneas de Fundamentación de Bioética y Bioética de la Protección (Vol. Módulo I, Available from <http://www.redbioetica-edu.com.ar> info@redbioetica-edu.com.ar

Singer, P. (1984). ¿Por qué actuar moralmente? *Ética Práctica* (249-271). Barcelona: Editorial Ariel S.A.

Singer, P. (2000). *Una vida ética: escritos* (P. d. L. d. Toro, Trans. 2 ed.). Madrid: Santillana Ediciones Generales, S. L.

Singer, P. (2003). *Desacralizar la Vida Humana. Ensayos Sobre Ética*. Madrid: Catedra.

Smith, S. (2008a). Mustard Gas and American Race- Based Human Experimentation in World War II. *Journal of law, medicine & ethics*, 36(3), 517-521.

Smith, S. (2008b). Mustard Gas and American Race-Based Human Experimentation in World War II. *Journal of Law, Medicine and Ethics*, 36(3), 517-521.

Sontag, S. (2003). *Ante el Dolor de los Demás* (A. Major, Trans. Primera ed.). Bogotá: Alfaguara.

Sotomayor, H. A. (2009). La medicina y la guerra: el lento despliegue de la medicina militar en Colombia. *Revista Med*, 17 (2), 293-306.

Susser, E., & Susser, M. (2002). The aftermath of september 11: What is an epidemiologist to do? *International Journal of Epidemiology*, 31, 719-721.

Tealdi, J. C. (2004). La Bioética Latinoamericana ¿Ante un nuevo orden moral? In M. L. Pfeiffer (Ed.), *Estrategia de dominación para América Latina*.

Telles de Almeida, J. L., & Roland Schramm, F. (1999). Paradigm shift, metamorphosis of medical ethics, and the rise of bioethics. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(Sup 1), 15-25.

Tiempo. (1995, 21 de junio). Grupo del Alacrán mutiló a campesinos. *El Tiempo*.

Tiempo. (2003, 13 de octubre). Calma en unidad intermedia. *El Tiempo*.

UNICEF. (1993). *Para ayudar a los niños a hacer frente a las tensiones de la guerra* (1 ed.). New York: UNICEF.

Urrego, Z. (2009). Las enfermedades transmitidas por vectores en las protestas del gremio médico ante la represión del estatuto de seguridad en Colombia. 1979-1981. In S. Franco, D. Cuscopa & C. Suarez (Eds.), *La violencia en la sociedad actual: Contextos, impactos y respuestas* (435). Bogotá: Charlies impresores Ltda.

Van Bergen, L. (2008). The poison gas debate in the inter-war years. *Medicine, Conflict and Survival*, 24(3), 174–187.

Vásquez, T., Vargas, A., & Restrepo, J. (2011). *Una vieja guerra en un nuevo contexto: Conflicto y territorio en el suroccidente de Colombia* (1 ed.). Bogotá: Editorial Universidad Javeriana.

Walker, H. F. B. (1917). *A Doctors Diary in Damaraland*. London: EDWARD ARNOLD.

Walzer, M. (2001). La Posición Moral de los Estados: Respuesta a Cuatro Críticos *Guerra, Política y Moral* (59-85). Barcelona: Paidós.

Walzer, M. (2004). La Ética en Situaciones de Emergencia *Reflexiones Sobre la Guerra* (53-69). Barcelona: Paidós.

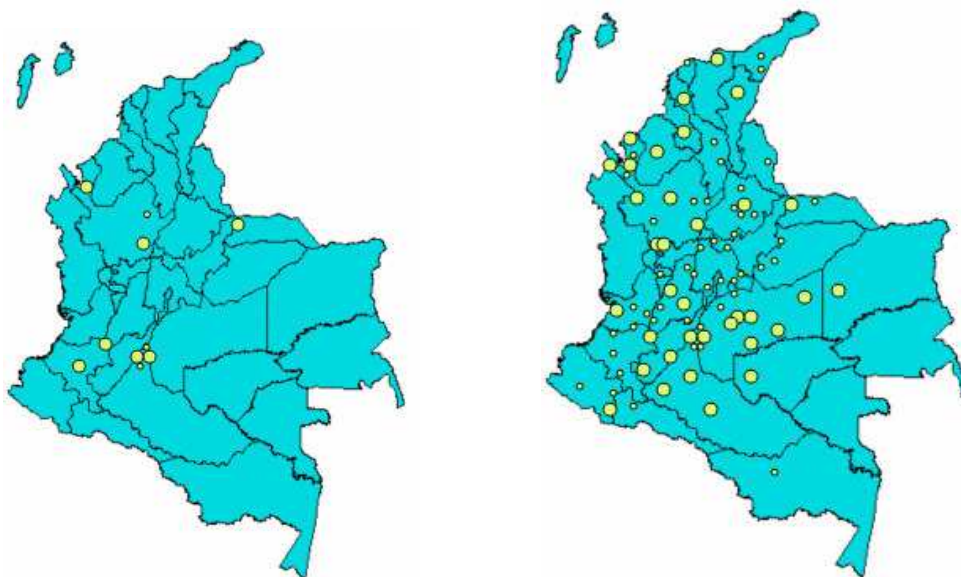
Weindling, P. (2004). *Nazi Medicine and the Nuremberg Trials: From Medical Warcrimes to Informed Consent* (1 ed.). Washington: Palgrave Macmillan.

Weindling, P. J. (2006). Nazi Medicine and the Nuremberg Trials: From Medical War Crimes to Informed Consent. *The American Historical Review*, 111(5), 1621-1622.

Wenger, A., & Mason, S. J. A. (2009). Participación directa de civiles en conflictos armados: tendencias e implicancias. In S. d. A. 2008 (Ed.), *International Review of the Red Cross*; (399-418). Buenos Aires: Comité Internacional de la Cruz Roja.

Winkler, E. (1996). Moral philosophy and bioethics: Contextualism versus the Paradigm Theory. In L. Sumner & J. Boyle (Eds.), *Philosophical perspectives on bioethics* (50-78). Canada: University of Toronto.

Anexo 1. Figura 1. Mapas comparativos de la distribución de las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia –FARC- en Colombia años 1980 y 2000

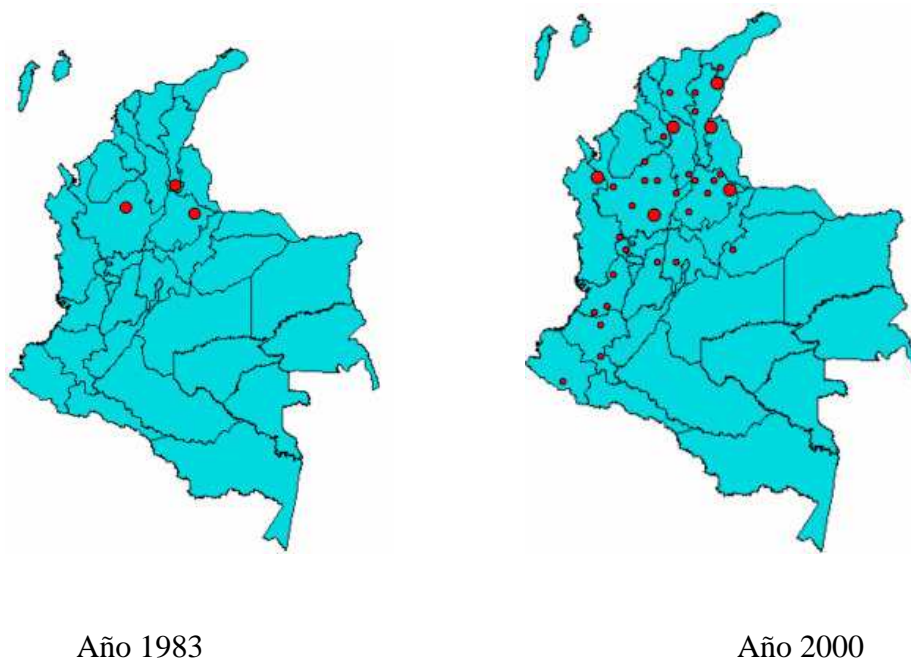


Año 1980

Año 2000

Fuente: Sanchez, F. J., Diaz, A. M., & Formisano, M. (2003). Conflicto violencia y actividad criminal en Colombia: un análisis espacial. *Serie Archivos de Economía*, (CEDE 2003-05), 60. www.economia.uniandes.edu.co/content/download/2004/D2003-05.pdf

Anexo 2. Figura 2. Mapas comparativos de la distribución de Ejército de Liberación Nacional –ELN- en Colombia años 1983 y 2000



Fuente: Sanchez, F. J., Diaz, A. M., & Formisano, M. (2003). Conflicto violencia y actividad criminal en Colombia: un análisis espacial. *Serie Archivos de Economía*, (CEDE 2003-05), 60. www.economia.uniandes.edu.co/content/download/2004/D2003-05.pdf

Anexo 3. Figura 3. Mapa de la distribución del Paramilitarismo en Colombia año 2000



Fuente: Sanchez, F. J., Diaz, A. M., & Formisano, M. (2003). Conflicto violencia y actividad criminal en Colombia: un análisis espacial. *Serie Archivos de Economía*, (CEDE 2003-05), 60. www.economia.uniandes.edu.co/content/download/2004/D2003-05.pdf